

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POST-GRADO

**El caso de la AOE en el Perú en el marco de las
Políticas de Salud**

TESIS

**Para obtener el Grado de Magister en Género, Sexualidad y Políticas
Públicas**

AUTOR

Julio Alberto Zavala Rodríguez

ASESOR

María Emma Mannarelli Cavagnari

Lima - Perú

2012

INDICE GENERAL

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Situación problemática	1
1.2 Planteamiento del problema.....	2
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos.....	4
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	5
2.1 Aspectos epistemológicos	5
2.2 Antecedentes de investigación	6
2.3 Base conceptual	6
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	9
3.1 Metodología	9
3.2 Hipótesis	10
CAPÍTULO 4: LOS ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA DE SALUD	11
4.1 El contexto del país en salud reproductiva al inicio del debate	11
4.2 Origen de los métodos anticonceptivos hormonales	14
4.3 Desarrollo de la píldora anticonceptiva de emergencia	18
4.4 La primera píldora de uso exclusivo	20
4.5 Introducción del método en el Perú	21
4.6 Inicio de la Controversia	26
4.7 La Comisión de Alto Nivel.....	36
4.8 La judicialización del caso.....	41
4.9 La situación actual	43
CAPÍTULO 5: LAS POSICIONES INSTITUCIONALES	48
5.1 La posición del Estado	49
5.2 La posición de los detractores	50
5.3 Las posiciones en favor del método	56
5.4 La discusión biomédica de los mecanismos de acción	63
5.5 Los casos judiciales	72
5.6 La AOE en el sector privado.....	82
CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	93
6.1 Análisis desde una perspectiva social	93
6.2 Discusión de la hipótesis	129
CONCLUSIONES	134
RECOMENDACIONES	137
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES	138
ANEXOS.....	143

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Línea de tiempo de resumen.

Cuadro 2: Estimado de abortos inducidos evitados en Perú, a diciembre de 2008.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: índice de población por hectárea cultivable 2005.

Gráfico 2: Evolución de la Tasa Global de Fecundidad en el Perú

Gráfico 3: Uso de Métodos Anticonceptivos en Mujeres en Edad Fértil.

Gráfico 4: Mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos 2000

Gráfico 5: Anovulación por embarazo y Anovulación anticonceptiva.

Gráfico 6: Tasa Global de fecundidad 1986-2000 en el Perú

Gráfico 7: El proceso de la concepción.

Gráfico 8: Mecanismos de acción según inserto.

Gráfico 9: Mecanismos de acción según detractores.

Gráfico 10: Modo de acción en cascada.

Gráfico 11: El hipotético tercer efecto.

Gráfico 12: Uso de métodos en Mujeres en Edad Fértil.

Gráfico 13: Tasa Global de Fecundidad real y deseada.

Gráfico 14: La anticoncepción hormonal y la impunidad del pecado.

Gráfico 15: La anticoncepción hormonal y la infalibilidad papal.

Gráfico 16: Círculo vicioso de pobreza.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1: R.M. N° 668-2004/MINSA – GNAISR Cap. VIII págs. 32 y 33.
- Anexo 2: WHO/HRP Fact Sheet March 2005.
- Anexo 3: Informe Defensorial N° 78 Cuadro de equivalencias, N° 2 y 3.
- Anexo 4: R.M. N° 0738-92 SA/DM.
- Anexo 5: R.M. N° 399-2001 SA/DM.
- Anexo 6: R. D. N° 13958 DIGEMID/DERN.
- Anexo 7: Oficio N° 338-2002 dirigida al CMP.
- Anexo 8: Oficio n° 08-CMP de SPOG 29/04/02.
- Anexo 9: Carta 047 e Informe del Comité de Doctrina y Legislación del CMP.
- Anexo 10: Artículo del autor publicado en El Peruano, el 18/09/02.
- Anexo 11: Declaración del CMP.
- Anexo 12: Comunicado de SPOG.
- Anexo 13: RM N° 573-2003 SA/DM.
- Anexo 14: Carta de experta médica de Gedeon Richter sobre modo de acción.
- Anexo 15: Traducción oficial TRA 2481-03/0.
- Anexo 16: Copia de pantalla sobre contenido de USP-DI.
- Anexo 17: Posicionamiento de ICEC-FIGO de octubre 2008.
- Anexo 18: Mecanismo de Acción, FIGO-ICEC de marzo 2011.
- Anexo 19: Carta de FLASOG sobre AOE en Ecuador.
- Anexo 20: Copia de folleto de divulgación masiva.

RESUMEN

La aprobación de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), comúnmente mal llamada también como píldora del día siguiente, ha dado lugar a un intenso debate en el Perú y otros países latinoamericanos. La AOE constituye una aplicación del método hormonal pero en una dosis más alta para activar un mecanismo inhibitorio de la ovulación, propio de las píldoras anticonceptivas (anovulatorias) de uso regular, luego de una relación sexual no protegida. Es decir que se trata de un método post coital y ello genera controversias sobre su modo de acción.

Los defensores del método señalan que el mecanismo principal es inhibir la ovulación y, también, espesar el moco cervical para interferir con la migración de los espermatozoides; sin ovulación no habría fecundación y sin ésta tampoco habrá un óvulo fecundado por implantar. Esta posición está respaldada principalmente en las investigaciones clínicas recientes posteriores al año 2000.

Los detractores por su parte sostienen que siendo un método post coital es condenable porque actuaría además impidiendo la implantación de un óvulo ya fecundado (la connotación del día siguiente es muy significativa para ellos). Esta posición se apoya en los insertos o instructivos de los productos, lo cual es tomado como una confesión de parte de los laboratorios fabricantes, recogida en las guías iniciales basadas en los registros de la farmacopea anteriores al año 2000, pero que no han sido modificados y la declaración del Vaticano de ese año.

El debate social enfrenta ambas posiciones pero incorpora aspectos de política pública de salud y de población, de derechos humanos, derechos reproductivos, derechos de la familia, educación pública y una serie de consideraciones éticas y morales, que subyacen en la controversia de manera implícita. La tesis por lo tanto pretende explicar el debate extendido de los aspectos sociales involucrados, interpretando fuentes secundarias y analizando sus contenidos.

Está documentado con investigaciones científicas que la píldora no tiene efectos detectables en el endometrio (tejido interior de la cavidad uterina) y por lo tanto no es un abortivo. Sin embargo los detractores se niegan a aceptar las investigaciones clínicas recientes y han planteado diversas causas legales para impedir la difusión pública del método, lo cual implica que existen otras razones éticas o culturales que explican la persistencia del debate.

La tesis concluye que la discusión del supuesto efecto abortivo no es más que una excusa de los detractores, para descalificar un método que para ellos tendría efectos perniciosos en el orden establecido que pretenden preservar.

Las palabras claves son anticonceptivos hormonales y mecanismos de acción.

THE CASE OF EMERGENCY CONTRACEPTION IN PERU
IN THE FRAMEWORK OF HEALTH POLICIES

ABSTRACT

The approval of the Emergency Contraception (EC), commonly nominated as the morning after pill has opened an intense debate in Peru and other Latin American countries. EC constitutes an application of the hormonal method but in a higher dose to activate the mechanisms that inhibits ovulation proper of the contraceptive hormonal pills (anovulatory) of regular use, after a non protected sexual intercourse. This means that it is a post coital method and this generates a controversy regarding its mode of action.

The defenders of the method state that the main mechanism is to inhibit ovulation, and also to thicken the cervical mucus to interfere with sperm migration; without ovulation there would be no fertilization and without it there would not be fertilized ova to implant. This position is backed mainly in recent clinic studies issued after the year 2000.

The attackers on their own state that being a post coital method it is condemnable since it will also impede implantation of a fertilized ova (the morning after connotation is much significant for them). This position is based in the products inserts or prospects, which are considered as a party confession from the manufacturer laboratories, the initial guides based in the pharmacopoeia registries prior to the year 2000, which have not been modified, and the Vatican Holy See declaration of that same year.

The social debate challenges both positions but incorporates public health and population aspects, human rights, reproductive rights, family rights, public education and a lot of moral and ethical issues, which are implicitly behind the controversy. The thesis therefore pretends to explain the extent debate of the compromised social issues, interpreting secondary sources and analyzing its contents.

It has been documented with scientific studies that the pill has no detectable effects on the endometrium (inside tissue of the matrix cavity) and therefore it is not an abortifacient. However the detractors void to accept the recent clinic investigations and have raised several legal causes to impede the public distribution of the method, which implies that there are other ethics or cultural reasons that explain the persistency of the debate.

The thesis concludes that the discussion of the supposed abortive effect is just an excuse of the detractors to disqualify a method that would have pernicious effects for them in the established order which they pretend to preserve.

The key words are hormonal contraceptives and mechanisms of action.

GLOSARIO DE SIGLAS CLAVE

AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
ALA-SC	Asociación de Lucha Anticorrupción Sin Componenda
APPRENDE	Asociación Peruana para la Prevención de Embarazos No Deseados
CEP	Conferencia Episcopal Peruana
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo)
CMP	Colegio Médico del Perú
DDHH	Derechos Humanos
ENDES	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar
FIGO	Federación Internacional de Gineco Obstetricia
FLASOG	Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
ICEC	International Consortium for Emergency Contraception / Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IPPF	International Planned Parenthood Federation / Federación Internacional de Paternidad Responsable
MINSA	Ministerio de Salud de Perú
OMS	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization (WHO en inglés)
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia
PUCP	Pontificia Universidad Católica del Perú
RM / RS	Resolución Ministerial / Resolución Suprema
SPOG	Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia
TC	Tribunal Constitucional
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población
USA/EUA	Estados Unidos de América

EL CASO DE LA AOE EN EL PERÚ EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la controversia presentada por la introducción de Anticoncepción Oral de Emergencia (en adelante referida también como AOE) como método anticonceptivo post-coital en la política pública de salud sexual y reproductiva.

1.1 Situación problemática

La aprobación de la AOE en la política de salud pública ha dado lugar a un intenso debate, tanto en el Perú como en otros países latinoamericanos. Es una discusión que periódicamente se reabre, en la medida que los detractores del método han planteado acciones legales para impedir la distribución o el registro de la comúnmente mal llamada *píldora del día siguiente*¹. No es posible por lo tanto sustraerse del debate. Sus detractores sostienen que es abortiva y diversos sectores de la sociedad civil, incluidas las asociaciones médicas especializadas y otras organizaciones han rebatido tal afirmación, manteniendo la vigencia del método en la mayoría de países, pero la controversia no cesa. Esto indica que subyacen una serie de aspectos que no afloran a primera vista y, consecuentemente, es indispensable abordar el tema desde el ámbito académico utilizando otras metodologías de investigación para provocar una interpretación alternativa y en algunos casos una ruptura de ciertos conceptos que están detrás de los discursos, además de discutir también los mecanismos de acción del método mismo. Cabe señalar que existe también la posición de

¹ La Pontificia Academia para la Vida de la Santa Sede, del estado Vaticano, emitió en octubre del año 2000 una declaración sobre la "*pillola del giorno dopo*", literalmente la píldora del día después, difundiendo así la denominación vulgar del producto (anti-conceptivo de emergencia), lo cual conlleva una connotación de acto consumado, atribuyéndole un efecto posterior a la fecundación [Pontificia Academia para la Vida, 2000: 1].

quienes aceptan el método como una opción independientemente que sea o no abortivo. De allí el interés de abordar el tema desde el ámbito académico utilizando la metodología de la investigación social.

1.2 Planteamiento del problema

Los métodos anticonceptivos hormonales se desarrollaron y difundieron a partir de la década de 1960 con los avances científicos en ese campo, hace ya más de medio siglo y su uso ha contado con el apoyo de la sociedad civil, particularmente de las organizaciones feministas, para reivindicar el derecho de las personas a regular su fecundidad y a decidir autónomamente sobre su sexualidad. Esto entre otros elementos ha representado cambios enormes e irreversibles en la apropiación de los derechos reproductivos y su repercusión en el orden social. Pero desde el inicio de su difusión, los métodos anticonceptivos han enfrentado una gran controversia, especialmente los métodos hormonales lanzados hace más de cincuenta años. Ese debate ha recrudecido y se ha agudizado con el lanzamiento de la píldora anticonceptiva de emergencia, particularmente en América Latina, aunque progresivamente se está ampliando a otros continentes. El debate además se ha ido polarizando y ninguna de las partes acepta dar por resulta la controversia.

La interrogante central es por qué subsiste una controversia tan prolongada con el método de la anticoncepción oral de emergencia, a pesar que diversas instituciones científicas o especializadas en el tema de salud lo han respaldado. En otras palabras ¿qué otros elementos subyacen tras el debate? El problema por lo tanto no es sólo esclarecer la pertinencia de la formulación específica del anticonceptivo oral de emergencia. Lo que está en juego es mucho más y abarca desde la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos reconocidos, hasta la modificación de las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres. De allí la pertinencia de analizar las posiciones políticas que respaldan o atacan el derecho de las personas a alcanzar el más alto nivel posible de salud reproductiva, como ha sido el consenso mayoritario en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, que algunos sectores pretenden desconocer o desmontar. Es decir que paralelo al debate de la píldora hay otro debate más amplio, entre quienes defienden un enfoque basado en derechos y quienes lo

rechazan. Ese debate configura un marco para la controversia de la AOE y el presente trabajo pretende abordarlo.

1.3 Justificación

Teóricamente las peruanas y los peruanos tienen derecho a disfrutar de los avances científicos en salud reproductiva y elegir el método de regulación de la fecundidad de su preferencia. Para ello debe contar con una gama disponible de opciones, incluyendo el método de anticoncepción oral de emergencia, que está respaldado por diversas organizaciones como el Colegio Médico del Perú, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), entre otras entidades de la sociedad civil.

Los temas de población y de salud sexual y reproductiva no sólo concitan un interés particular de los ciudadanos, sino que el consenso internacional es que el estado moderno es responsable de brindar las condiciones para alcanzar el nivel más alto posible de salud de su población. Este ahora no es por lo tanto un asunto meramente privado sino un debate público. De allí que involucre mucho más que los aspectos puntuales de metodología anticonceptiva. Por ello también lo que está directamente en debate es la condición misma del estado laico. En consecuencia el debate abarca hasta el rol del Estado en el reconocimiento del derecho de las personas para decidir sobre su salud sexual y reproductiva, derechos que a juzgar por la controversia existente no están consolidados sino en proceso de afirmación.

Desde el punto de vista práctico el ejercicio de los derechos reproductivos implica que la población tenga acceso legal a la información y los medios disponibles autorizados de acuerdo al marco jurídico vigente. Consecuentemente mientras la AOE sea un método anticonceptivo lícito debe estar al alcance del público a través del sector público o el privado. El que sea desaprobado por algunos no es argumento suficiente para que su uso se prohíba.

1.4 Objetivos

El objetivo general es deconstruir el debate que subyace entre defensores y detractores del método. Adicionalmente la investigación pretende:

- Esclarecer los mecanismos de acción del método; establecer el contexto en el que se aprueba su incorporación en las normas nacionales de planificación familiar;
- Discutir el impacto del método en la salud reproductiva, e
- Interpretar el nivel de aceptación y conocer la evolución de su uso.

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Aspectos epistemológicos

Hasta hace relativamente pocos años se pensaba que la población simplemente tendría una evolución espontánea y el Estado no debería interferir con los mecanismos invisibles de ajuste de las variables económicas entendiendo ésta como un recurso más. En el otro extremo, ciertas políticas de planificación central particularmente en gobiernos totalitarios llegaron a plantear un control compulsivo de su población. Actualmente hay un enfoque intermedio que toma en consideración los niveles de desarrollo humano al que aspiran los individuos y las familias de una sociedad para lograr los estándares más altos posibles de salud y educación, es decir que le incorpora estos elementos y articula el tema de población con aquellas políticas sectoriales. Por ello, el tema de la salud reproductiva se encuentra en pleno proceso de construcción y debe ser abordado de una manera multidisciplinaria; no es sólo un tema médico o demográfico sino que tiene también ingredientes sociales importantísimos. Se trata además de conocimientos sobre los cuales aún no están desarrolladas teorías sino que se encuentran en proceso de sistematización de las políticas adoptadas. Por esto, también es aún difícil encontrar fuentes secundarias que aborden el tema de la AOE y lo que abunda son más bien fuentes primarias.

La concepción moderna del tema por su magnitud y su incidencia en el desarrollo de la nación constituye también un recurso y su crecimiento y su distribución territorial tienen que ser armónicos con el desarrollo productivo del país. Ello implica también alcanzar ciertas metas de reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil, elevar la calidad y la esperanza de vida de toda la población. Al abordar el tema de la anticoncepción oral de emergencia desde una perspectiva de las ciencias sociales, estamos por lo tanto articulando

aspectos médicos, demográficos, políticos, de salud, de ética y planteando un análisis integrado.

2.2 Antecedentes de investigación

La investigación comprende básicamente el período iniciado a partir de la dación de la Resolución Ministerial que incorpora la anticoncepción oral de emergencia a las normas peruanas vigentes de planificación familiar del sector salud en julio de 2001, hasta diciembre del año 2011. Abarca además los antecedentes pertinentes en materia de políticas públicas de salud reproductiva y del desarrollo de los métodos anticonceptivos de regulación de la fertilidad o fecundidad.

El estudio comprende la revisión de resoluciones supremas y ministeriales, decretos, sentencias de tribunales, comunicados, declaraciones escritas y publicaciones de todo tipo relacionados con el tema de la anticoncepción de emergencia directa o indirectamente. Tal como ya se ha advertido anteriormente, se trata de una investigación básicamente exhaustiva en fuentes documentales primarias ante la escasez de literatura al respecto.

Durante la investigación no se han ubicado otras investigaciones publicadas sobre este debate, excepto breves comentarios sobre la coyuntura política relacionada al tema y opiniones periodísticas. Tampoco se han podido encontrar estudios cuantitativos o cualitativos sobre utilización del método por no ser éste de uso regular. Lo que existe es un análisis jurídico sobre las sentencias de las demandas legales planteadas en Chile, Colombia, Ecuador y Perú, casos que se reseñan en el quinto capítulo de la presente investigación.

2.3 Base conceptual

En la presente investigación la anticoncepción oral de emergencia (AOE) está definida como un método post coital para prevenir un embarazo en casos de emergencia; no reemplaza el uso continuado de otros métodos

anticonceptivos². Es el único método hormonal aprobado para uso luego de una relación sexual sin protección, cuando se ha producido una falla del método de rutina utilizado o cuando se ha producido una relación sexual no consentida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) respalda ampliamente la AOE y recomienda específicamente la versión en la dosis total de 1.5 mg de levonorgestrel³, una progestina (sintética) o progestágeno que emula a la progesterona u hormona natural secretada por el ovario de la mujer.

Las políticas públicas de salud en el Perú se iniciaron a partir del siglo XIX con servicios asistenciales del Estado, incluyendo la atención de partos, pero la de salud reproductiva como política específica propiamente preventiva y promocional surgió a partir de la década de 1960 como una preocupación del Estado por el manejo poblacional. Posteriormente en las conferencias internacionales de población el enfoque demográfico cedió paso al de derechos. Surgen así las nociones de derechos sexuales y reproductivos. Los primeros corresponden básicamente a los de gozar de una vida sexual gratificante y saludable; a no ser discriminado/a por razones sexuales ni ser sujeto a la presión o a la violencia; y a decidir si tener o no tener libremente relaciones sexuales. Por los reproductivos se entienden los derechos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y de disponer de información, educación y medios (servicios y métodos anticonceptivos) para hacerlos viables, así como a disponer de los conocimientos científicos en la materia [Programa de Acción de El Cairo 1994].

Los derechos reproductivos constituyen una extensión de los derechos humanos y están reconocidos por la legislación peruana y diversos acuerdos internacionales vinculantes. Estos derechos implican la conveniencia de contar con una amplia gama de métodos de regulación de la fecundidad para que las personas y sus parejas puedan optar por el que mejor se ajuste a sus necesidades. Entre los métodos que la legislación peruana permite se encuentran los métodos modernos, que a su vez comprenden los hormonales, entre los cuales están incluidas las píldoras anticonceptivas orales.

² Comprendido como tal en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas por la RM N° 668-2004/MINSA del 21 de junio de 2004, actualmente vigentes (ver Anexo 1).

³ Ver WHO/HRP Fact Sheet March 2005, en el Anexo 2.

La Constitución Política del Perú en su Artículo 6º establece que *“La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado garantiza los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud...”*. Por su parte la Ley General de Salud N° 26842 en su Artículo 6º establece que *“Cada persona tiene derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales”*. Ambas disposiciones claramente se complementan y establecen el marco legal y conceptual dentro del cual se encuadran los métodos anticonceptivos hormonales, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Metodología

En una primera aproximación este esfuerzo se centró en los aspectos biomédicos sobre los mecanismos de acción, realizándose una recopilación bibliográfica y de fuentes documentales primarias disponibles al respecto. Debido a la cantidad de información técnica para discutir los modos de acción del método se ha optado por una presentación integrada en pocos capítulos que está dirigida a quien se interese en reconstruir la secuencia de eventos desde su introducción y los mecanismos de acción, con un ineludible uso de términos médicos, pero tratando que la explicación sea accesible a los profesionales de las Ciencias Sociales y otras disciplinas.

Si bien es posible que las explicaciones resulten extensas, a lo largo de diversos eventos realizados por el autor con profesores, psicólogos, obstetrices, enfermeras, farmacéuticos, comunicadores, abogados y otros profesionales, se percibe un enorme interés por entender el debate no sólo en los aspectos sociales, sino también de los biomédicos, que suelen ser poco accesibles y es necesario reconstruirlos en función del debate mismo.

Por otro lado, el autor está comprometido con la causa de los derechos sexuales y reproductivos y ha sido un activista en el tema. Sin embargo, asume una actitud reflexiva para exponer con razonable objetividad las posiciones respecto al método objeto del estudio, tanto de los defensores como de los opositores exponiendo los documentos y declaraciones de las partes en debate de manera casi textual en ciertos acápites.

Aparte de la discusión biológica existe una serie de aspectos sociales que no habían sido suficientemente abordados desde una perspectiva más amplia del tema y este trabajo pretende incorporar los otros discursos paralelos al debate y

aclarar algunos aspectos complementarios. Entender el debate es fundamental porque hay un trasfondo de derechos del hombre y la mujer peruanos y del rol del estado moderno.

3.2 Hipótesis

- La hipótesis central de la investigación es que el debate sobre la condición abortiva atribuida a la anticoncepción oral de emergencia es sólo una excusa para descalificar a la metodología anticonceptiva moderna constituida por las hormonas sexuales, los dispositivos intrauterinos y los métodos quirúrgicos entre otros de regulación artificial de la fecundidad.
- La hipótesis secundaria es que a través de la normatividad de los métodos anticonceptivos se busca regular la manipulación de los gametos humanos en la investigación clínica y, por otro lado, controlar la sexualidad de la población en general y de las mujeres en particular.

CAPÍTULO 4: LOS ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA DE SALUD

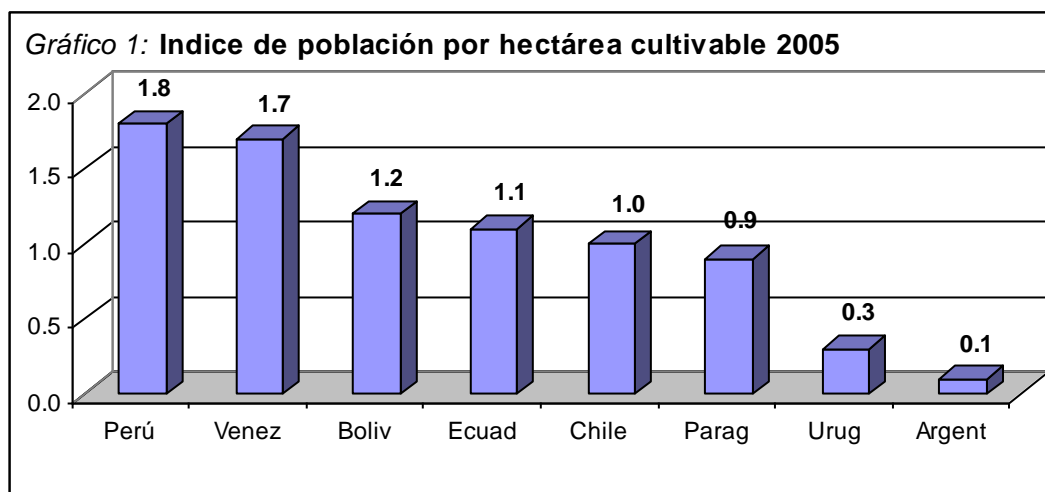
El caso de la AOE en el Perú está caracterizado por una serie de eventos cuya cronología es indispensable conocer para entender el debate y abordar su análisis desde una perspectiva social. Los antecedentes que se presentan a continuación son básicamente descriptivos pero aportan una serie de elementos para su posterior análisis. Consecuentemente, los eventos están ordenados cronológicamente y en un lenguaje objetivo, aunque su recopilación no está exenta de cierta carga valorativa del autor respecto a los que son significativos. Este trabajo no pretende ser enciclopédico pero existe tanta desinformación sobre el método, que es necesario conocer los antecedentes antes de realizar una interpretación del caso. Adicionalmente tiene el beneficio de aportar aspectos poco conocidos, excepto en el ámbito médico o jurídico especializado y pretende monitorear la controversia entre sus promotores y opositores o detractores, en el contexto de las políticas de población y de salud reproductiva.

4.1 El contexto del país en salud reproductiva al inicio del debate

El Perú se caracteriza por ser un país muy fragmentado por su conformación geográfica atravesada por los Andes y con una gran diversidad ecológica⁴. Es un país con un vasto territorio de 1'285 mil kilómetros cuadrados, pero con una considerable densidad poblacional por hectárea cultivable. Ese índice (1.9 hab./Ha.cv.) es alto comparado con el de otros países tomados como referencia; sin embargo el tema de población nunca ha sido percibido como una prioridad. Por el contrario las instituciones tutelares tradicionales –las fuerzas armadas y la iglesia– siempre han abordado el tema erróneamente como si el país fuera casi deshabitado, tomando las cifras en términos brutos (es decir, población por kilómetros cuadrados) en lugar hacerlo en términos “netos” (vale decir considerando sólo los terrenos productivos cultivados o cultivables). Este

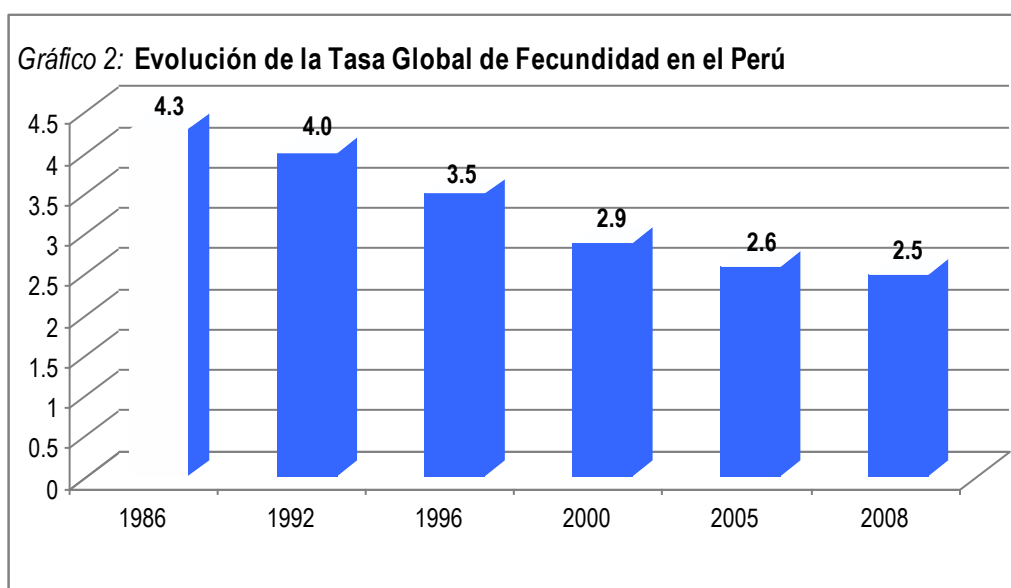
⁴ El Perú está considerado como uno de los países con mayor diversidad en el mundo, al poseer la mayoría de los entornos ecológicos existentes.

índice poco conocido por los académicos y políticos, nos indica que el país tiene un exceso de población frente a los recursos agrícolas disponibles y explica por qué el Perú es un importador crónico de productos alimentarios (como trigo, maíz, carnes, leche y aceites, entre otros). En el Gráfico 1, se puede observar una comparación del mencionado índice en el Perú frente al de otros países para constatar la disparidad anotada a inicios de la década anterior (2001-2006) como período de referencia.



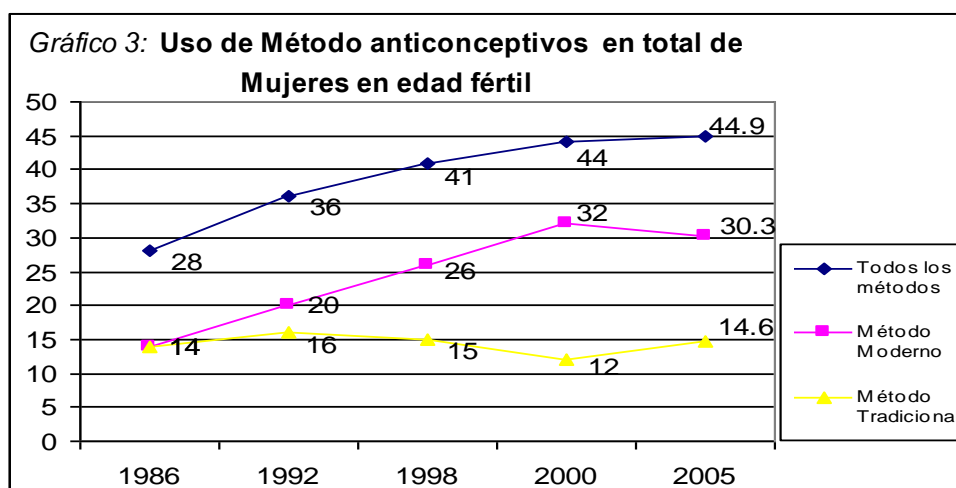
Fuente. Estado de la Población Mundial 2005 [UNFPA]

Actualmente el Perú tiene casi 30'0 millones de habitantes y eso es más del doble de la población que tenía en 1970 (13'2 millones). Esto es consecuencia de un crecimiento muy acelerado en las décadas de 1970-80. En 1980 la población era de 17'8 millones y en 1990 llegó a 21'6 millones de habitantes como consecuencia de diversas políticas estructurales, que acentuaron el proceso de migración interna del campo a las ciudades, manteniendo inicialmente los patrones de fecundidad rural, reduciendo la mortalidad infantil e incrementando la esperanza de vida especialmente de los infantes. El Perú, había pasado de tener una distribución poblacional 70% rural y 30% urbana a mediados de la década de 1950 a una distribución 70% urbana y 30% rural en 1990, lo cual representaba un enorme reto para el Estado y llevó a sucesivos gobiernos a acentuar las políticas de manejo poblacional tratando de bajar la tasa global de fecundidad, la cual venía descendiendo progresivamente. En el Gráfico 2, se puede apreciar la evolución de la tasa de fecundidad global bajando de 4.3 hijos por mujer en 1986 a menos de 3 h/m en el 2000.



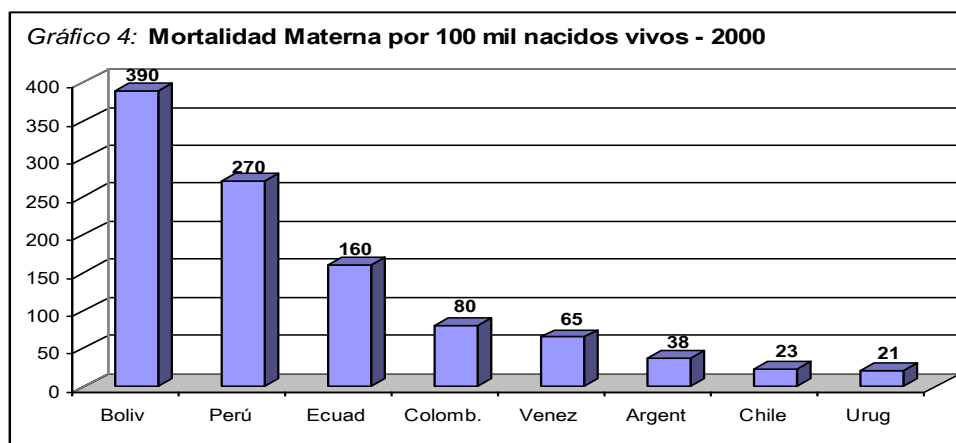
Fuente. ENDES Continua 2004-2005 y 2009 [INEI].

Ese descenso progresivo de la fecundidad se debió al cambio de patrones culturales y es consistente con el mayor uso de los métodos anticonceptivos (MACs). Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) el uso ha crecido sostenidamente a partir de 1986, en que se inició su aplicación sistemática. En el Gráfico 3, se muestra la evolución de la prevalencia de uso de los métodos en el total de mujeres en edad fértil (MEF); los métodos tradicionales se aprecian en la parte inferior en color claro; los métodos modernos se grafican en la línea intermedia y la suma total de uso de métodos en la banda superior. Nótese que esta prevalencia corresponde al uso del total de mujeres (y no sólo aquellas “en unión”, que suele presentar índices más altos y es la que se acostumbra mostrar). Esta evolución permite observar un crecimiento más acelerado entre 1986 y el año 2000 y, a partir de allí una desaceleración por las políticas del gobierno del presidente Toledo, período en el cual se da el contexto de lanzamiento de la píldora de AOE en el Perú (nótese también el mayor crecimiento de los métodos tradicionales y la reducción de los modernos en el último tramo del gráfico).



Fuente. ENDES Continua 2004-2005 [INEI]

Por otro lado, el Perú ocupa el segundo lugar en mortalidad atribuible a la maternidad en América del Sur, después de Bolivia. En el gráfico 4, se muestra el índice de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos, en el año 2000, antes del lanzamiento de la AOE. La elocuencia de las cifras en esta situación demuestra la pertinencia de implementar programas de planificación familiar como política pública en el país, que tengan la mayor gama posible de opciones anticonceptivas.



Fuente. Estado de la Población Mundial 2000 [UNFPA]

4.2 Origen de los métodos anticonceptivos hormonales

Controlar la fecundidad es un viejo anhelo humano que se remonta a la prehistoria según está testimoniado en antiguos papiros egipcios de hace unos 3,500 años, [Porter, Waife y Holtrop, 1985: 96]. Aunque los humanos guardan similitudes con otros mamíferos se diferencian por su racionalidad. El ser

humano es el único que se aparea independientemente de su ciclo de fertilidad y por ello la procreación humana no es un acto puramente instintivo. Desde que se descubrió la relación entre el apareamiento y la reproducción, se estableció un complejo esquema de dependencias y responsabilidades, variando de una sociedad a otra, asignando roles y configurando relaciones de poder asimétricas. A través de los siglos se ha tratado de modificar la fertilidad recurriendo a plantas medicinales, animales domésticos y hasta peces con ese fin. Antiguos papiros egipcios que datan de 1550 A.C., conocidos como los Papiros de Ebers, dan cuenta que para atravesar el desierto en las caravanas, se colocaban pequeños guijarros pulidos en el cuello uterino de las camellas para evitar el embarazo [Skuy, 1995: 24], adelantándose a los modernos dispositivos intrauterinos (DIU), para interferir con la anidación de los óvulos fertilizados, según sabemos ahora, ya que en la antigüedad se desconocía la existencia de los gametos, pero empíricamente habían dado con un método anticonceptivo. Existen también tratados pioneros como el de Sorano de Efeso en el primer siglo de nuestra era que, aun cuando eran igualmente empíricos, no dejan de constituir antecedentes a mencionar.

Más recientemente, a mediados de 1550 D.C. durante el reinado de Carlos II de Inglaterra, se desarrollaron los métodos de barrera como el condón masculino primero de tripa de cordero [Skuy, 1995: 13], y posteriormente con materia prima de mayor complejidad como el látex de caucho. Pero los métodos hormonales tuvieron que esperar siglos hasta que el nivel de conocimiento del ciclo menstrual femenino fuera establecido por Hans Von Halban recién en 1900 [Gilman 1990: 134]. Pero no es sino hasta 1925 en que los químicos S. Loewe y R. Frank detectaron la presencia de hormonas femeninas en la sangre y posteriormente en la orina, que se profundizan las investigaciones. En 1928 se observó la presencia de altas cantidades de estrógeno en la orina durante el embarazo y un año después los químicos E. Allen y E. Doysi lograron aislar las sustancias activas. A partir de allí las investigaciones sobre las principales hormonas ováricas (estrógeno y progesterona) se desarrollaron vertiginosamente. Y la producción de esas hormonas en el laboratorio constituyó también otra historia poco conocida. En 1929 se aisló la estrona (un estrógeno) en el laboratorio Schering AG y en 1932 el estriol. En 1933 los químicos Schwenk y Hildebrandt del mismo laboratorio obtuvieron el estradiol, es decir otro estrógeno que aún se usa en la formulación de píldoras

anticonceptivas combinadas (de estrógeno con progesterona). Para 1940 mediante síntesis parciales se obtuvo el estradiol a partir del colesterol. La otra hormona del ovario –la progesterona– tuvo un desarrollo aún más fascinante como se reseña a continuación (Unger, 1986: 117).

Algunas culturas precolombinas en América también conocían que determinadas plantas evitaban los embarazos y a fines de la década de 1930 un joven químico de la Universidad del Estado de Pennsylvania, Russell E. Marker, se interesó en investigar ciertos esteroides extraídos del *ñame* –un tipo de camote mejicano– y obtuvo por degradación la hormona femenina progesterona. Esta hormona tenía un alto precio y era sintetizada sólo por algunos laboratorios europeos para el tratamiento de desordenes menstruales. Pero a fines de la década de 1940 Marker contrató al Dr. Carl Djerassi para sintetizar cortisona, descubriendo que las hormonas masculinas y femeninas tenían una estructura molecular básica que permitía sintetizarlas. Así se sintetizó primero el estradiol y en 1956 su empresa –Syntex– patentó un progestágeno (o sea una progesterona sintética) siendo la “*noretindrona*” el primer anticonceptivo oral, aunque inicialmente sólo fue usado como regulador menstrual. Por otro lado, el Dr. Gregory Pincus del laboratorio de biología de Worcester descubrió que una mezcla de norprogesterona con pequeñas cantidades de estrógeno, daba un anticonceptivo muy eficaz con moderados efectos secundarios. [Unger, 1986: 118]

Las investigaciones de Pincus llegaron al conocimiento de una de las pioneras del feminismo, Margaret Sanger, quien vislumbró el enorme potencial de estos descubrimientos y alentó el perfeccionamiento del anticonceptivo oral. Sanger era enfermera de un centro de maternidad en Manhattan y estaba impresionada por el alto índice de embarazos no deseados. Ella inauguró la primera clínica de planificación familiar en Brooklyn en 1916 y enfrentó la fuerte oposición de grupos conservadores. Sanger fue editora de la publicación *Woman Rebel* y folletos sobre los escasos métodos anticonceptivos de la época, usados como dispositivos profilácticos para la prevención de enfermedades, siendo una de las fundadoras de la Federación Internacional de Paternidad Responsable (IPPF). A mediados de la década de 1950, Sanger visitó el laboratorio de Pincus y lo convenció de la necesidad de desarrollar un método oral. Pincus a su vez interesó a la firma Searle para desarrollar el nuevo anticonceptivo oral

combinado [Unger 1986: 118-119], cuyo formato aún se usa en las píldoras modernas.

Dado que estas píldoras contienen una hormona sintética que emula a la progesterona, actúan elevando el nivel de ésta como ocurre al inicio de la gestación y el cerebro interpreta que hay un embarazo en curso, inhibiendo la ovulación para evitar un embarazo paralelo. Por ello estas píldoras son conocidas básicamente como “anovulatorias”. Así la píldora surgió de la identificación de una necesidad insatisfecha, el interés de los científicos para desarrollar un método sencillo y confiable, así como de la decidida acción de las feministas. Según Jean-Claude Chasteland⁵, citado por Louise Lassonde en colaboración con el Laboratorio de Demografía de la Universidad de Ginebra, los principales actores en la reflexión acerca de las implicaciones políticas y sociales del crecimiento demográfico mundial han sido las fundaciones, la administración pública y los científicos [Lassonde 1997: 38].

La primera conferencia científica sobre el tema de población se organizó en Bruselas en 1853 y la segunda en Ginebra en 1927, una de cuyas organizadoras fue la propia Margaret Sanger⁶, donde nació la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIESP), antecedente de la mencionada IPPF. En 1946 la ONU creó la Comisión de Población que organizó la Conferencia de Roma en 1954 con apoyo de la FAO y realizó la Conferencia de Belgrado en 1965 donde, por primera vez, se interesó a la comunidad internacional acerca de la población y la fecundidad como factores socioeconómicos del desarrollo. Adicionalmente, la década de 1960 –en cuyo contexto se desarrolló la anticoncepción hormonal– estuvo particularmente caracterizada por la presencia de movimientos emancipatorios que discursivamente apelaron al lenguaje de derechos [Tamayo 2001: 30].

De allí en adelante se expandió rápidamente el mercado para la píldora en Estados Unidos, Europa y el resto del mundo occidental. Con esta acogida posteriormente aparecieron diversos productos con distintas combinaciones de hormonas. El desarrollo de la anticoncepción hormonal con el tiempo ha ido

⁵ Jean-Claude Chasteland: « La croissance de la population mondiale devant la communauté et l'opinion internationales ». *Revue française des affaires sociales*. Vol 48 oct-dic 1994.

⁶ Margaret Sanger fue también organizadora, conjuntamente con Elisa Ottensen-Janssen, de la segunda Conferencia Mundial de Planificación Familiar, como agenda específica, en el Reino Unido en 1948.

desarrollando nuevos formatos como los inyectables, los implantes subdérmicos, los parches y hasta dispositivos intrauterinos con liberación de hormonas (endoceptivos), cuya gama permite atender las necesidades de millones de mujeres. La píldora anticonceptiva de emergencia, como se describe más adelante, es justamente una dosis diferente (1.5 mg levonorgestrel en una dosis o dos de 0.75 mg) de la misma progestina sintética que se usan en las píldoras anticonceptivas de rutina. Este desarrollo ha posibilitado que los seres humanos, especialmente las mujeres, controlen su fecundidad y con ello dispongan de más libertad, sin una maternidad obligatoria, mayor acceso a la educación, a nuevas oportunidades de trabajo y a su desarrollo personal, todo lo cual ha redundado en una mayor autonomía, redefiniendo las relaciones de poder hombre-mujer y un ejercicio más igualitario de oportunidades y derechos, representando una revolución social que todo esto ha acarreado o, en todo caso, ha contribuido a forjar conjuntamente con otros factores.

Nótese que esto ha representado un largo proceso no exento de una extensa controversia que tuvo como un hito relevante a la encíclica papal *Humanae Vitae* [Paulo VI, 1968], que excluye **absolutamente la anticoncepción hormonal** como vía lícita la regulación de los nacimientos que se propongan como fin hacer imposible la procreación⁷ (es decir condenando su uso para el sexo con fines no reproductivos). La Santa Sede inclusive amenazó con la excomunión a las católicas que usaran métodos distintos a los denominados ritmos naturales inmanentes a las funciones generadoras. Sin embargo, la amplia aceptación de las mujeres occidentales para regular su fecundidad con métodos eficaces ya era incontenible, en tanto la anticoncepción moderna les permitía aspirar a un proyecto de vida autónomamente.

4.3 Desarrollo de la píldora anticonceptiva de emergencia

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) fue descubierta en el año 1977 por el canadiense Dr. Albert Yuzpe mientras realizaba investigaciones para suplir la omisión u olvido de una o dos píldoras de uso regular, manteniendo la protección anticonceptiva. Las formulaciones vigentes de las píldoras en el mercado en ese entonces eran bastante más altas que las dosis actuales y, por lo tanto, era teóricamente posible mantener la protección anticonceptiva, incluso

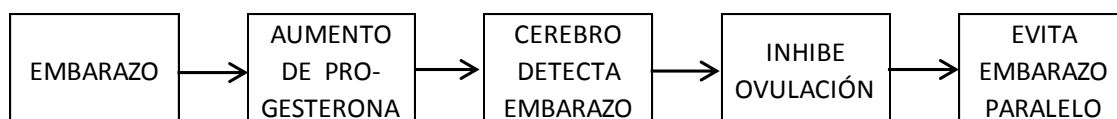
⁷ La encíclica *Humanae Vitae* fue promulgada por SS Paulo VI el 25 de julio de 1968.

habiendo omitido tomar dos de ellas, tomando las faltantes al día siguiente, pero las náuseas y vómitos por la alta carga hormonal frustraban las investigaciones, hasta que el Dr. Yuzpe experimentó dividiendo la toma en dos dosis en días sucesivos [Yuzpe, 1974: 53-58], por eso las primeras presentaciones de las píldoras de AOE han sido en dos dosis.

En realidad Yuzpe no fue el primero en utilizar procedimientos de emergencia post coital, ya que hay antecedentes del uso de dosis altas de estrógeno experimentados en Holanda ante la violación de una joven. Pero Yuzpe tuvo el mérito de sistematizar el método que lleva su nombre. Sin embargo la disponibilidad de este descubrimiento no fue hecho público sino veinte años después⁸.

El método del Dr. Yuzpe puede aplicarse usando las píldoras anticonceptivas de rutina de uso general, disponibles en el mercado, siguiendo una tabla de equivalencias según el contenido de estrógeno (etinil estradiol) combinado con progestágenos (norgestrel, levonorgestrel, desogestrel o gestodeno), de las distintas presentaciones comerciales⁹. El uso de hormonas por vía exógena, como la oral o parenteral (inyectable), genera un incremento del nivel hormonal en el organismo de la mujer y el eje hipotálamo-hipófisis (glándula pituitaria) inhibe la secreción de ciertas hormonas (llamadas gonadotropinas hipofisarias) que hacen posible la ovulación, bloqueando ésta y también espesando el moco cervical para que no se produzcan embarazos paralelos que interfieran con uno en curso. Es decir que en términos generales las píldoras actúan emulando una situación de embarazo. En los gráficos 5a y 5b se muestra el mecanismo anovulatorio primero en una situación de embarazo y luego con la toma de progesterona de manera exógena.

Gráfico 5a: Anovulación por Embarazo

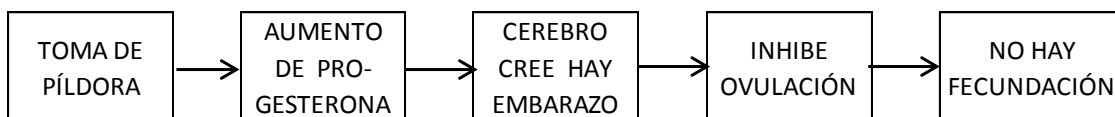


⁸ Aunque no existe evidencia documentaria al respecto, los médicos consultados comentan que el hallazgo de Yuzpe fue de difusión restringida, ante la presión de quienes temían que se promoviera la promiscuidad sexual y la de los jóvenes en particular.

⁹ Ver la tabla de equivalencias del método Yuzpe en el Informe Defensorial N° 78, que comprende entre otras píldoras a Ovral con 2+2 tabletas; Lo Femenal y Microgynon con 4+4 tabletas, Femiane y Mercilon con 5+5 y Ovrette, de sólo norgestrel, con 20+20 tabletas (por su baja dosis) en un intervalo de 12 horas (en Anexo 3).

Fuente. Elaboración propia

Gráfico 5b: Anovulación Anticonceptiva



Fuente. Elaboración propia

4.4 La primera píldora de uso exclusivo

Recién en 1995 se formó el Consorcio Internacional de Contracepción de Emergencia, integrado por agencias y organizaciones no gubernamentales como el Programa Especial de Investigación de Reproducción Humana (HRP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF), Concept Foundation, Pathfinder International, PATH, Population Council, Pacific Institute for Women's Health y Prosalud Interamericana, vinculados *todos* a la salud sexual para develar el secreto y difundir su uso¹⁰. La tabla del método Yuzpe sin embargo es de difícil recordación para el público y puede dar lugar a confusiones. Por ello el consorcio en octubre de 1997 acordó desarrollar una píldora específica de uso dedicado con el laboratorio Gedeon Richter Ltd. de Hungría, fabricante del primer producto bajo la marca *Postinor* para Europa y *Plan-B* para el mercado norteamericano. Ambas presentaciones han sido usadas como base para la mayoría de investigaciones clínicas realizadas en Europa y EUA, mediante estudios multicéntricos que han permitido elaborar los protocolos y las guías de la OMS, así como las referencias iniciales en las farmacopeas europea y norteamericana (United States Pharmacopeia – Drug Information o USP-DI), a la cual recurre la mayoría de agencias estatales de control de medicamentos en América Latina. [USP-DI, 2006: 2515]

El ingrediente activo de este producto (levonorgestrel 1.5 mg en una o dos tomas) es un progestágeno de segunda generación que está comprendido en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS desde hace más de treinta años y se utiliza en la versión más difundida de píldoras de uso regular. Inclusive al haberse vencido las patentes de protección al ingrediente activo,

¹⁰ El Consorcio de Anticoncepción de Emergencia (ICEC por sus iniciales en inglés), se estableció en Bellagio, Italia, en 1995 y progresivamente se amplió el número de miembros.

paulatinamente se ha iniciado la fabricación de versiones similares (copias) en Francia, China, Pakistán y la India. También se están tableteando o empacando versiones en diversos países latinoamericanos con ingredientes de distinto origen.

Para entender el debate en el Perú primero es necesaria una extensa reconstrucción de la controversia pública, que tiene además la virtud de mostrar a los actores sociales en éste para poder interpretar no solamente los discursos explícitos, sino lo que subyace en ellos, recurriendo no sólo a fuentes bibliográficas sino a fuentes primarias, es decir interpretando las consideraciones que emanan de las leyes, decretos, resoluciones, guías y otros documentos en sí mismos.

4.5 Introducción del método en el Perú

Las políticas públicas de salud reproductiva en el Perú han tenido una trayectoria incierta que se inicia durante el primer gobierno del arquitecto Fernando Belaúnde, a partir de estudios sobre población, a mediados de la década de 1960. En su inicio estos programas tenían un enfoque básicamente demográfico con apoyo de USAID¹¹, ante el crecimiento poblacional de los países asiáticos y los latinoamericanos [De Barbieri, 1998: 57]. Sin embargo, dicho avance fue drásticamente discontinuado en la década de 1970 por el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas, presidido por el general Velasco Alvarado, quien recelaba en esto cierta intromisión norteamericana, lo cual contravenía la geopolítica planteada por su gobierno nacionalista, que propugnaba una mayor densidad poblacional, con la consiguiente expansión del contingente militar. Velasco creía que un mayor volumen poblacional le otorgaría al Perú una ventaja estratégica por un mayor peso específico respecto al vecino país del sur. El gobierno militar postulaba entonces que el Perú necesitaba una política pro-natalista en lugar del control de la natalidad, llegando incluso a cerrar la representación de IPPF (Internacional Planned Parenthood Federation) en el país, constituida por Inppares (Instituto Peruano de Paternidad Responsable). Posteriormente durante la 2da fase del gobierno militar a cargo del general Morales Bermúdez, inspirado en la Conferencia de Población en Bucarest (1974), el gobierno promulgó la Política Peruana de

¹¹ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development) que promovía programas de Planificación Familiar en diversos países en desarrollo.

Población en 1976, que permitió constituir el Servicio de Regulación de la Fecundidad. Mas este servicio se suspendió en 1979 originando la protesta de una de las primeras organizaciones feministas en el país, Acción para la Libertad de las Mujeres Peruanas [Cáceres y col. 2008: 571].

Terminado el gobierno militar, el presidente Fernando Belaúnde inició su segundo mandato y retomó el tema de población creando el Consejo Nacional de Población (inspirado en el CONAPO mexicano), a inicios de la década de 1980, todavía con un enfoque básicamente demográfico. No obstante en esta época se empiezan a producir modificaciones conceptuales importantes al distinguir el control de natalidad (BC por sus iniciales en inglés por birth control), de la planificación familiar (PF). Mientras el primero es un programa compulsivo (como lo que hace China por ejemplo, limitando el número de hijos que una familia puede tener), la planificación familiar es una propuesta indicativa de paternidad responsable (decidir cuántos hijos tener y cuando tenerlos). El cuándo tener hijos alude además a la conveniencia de espaciarlos para proteger la salud de la mujer, evitando embarazos seguidos. Así se inicia una transición del tema demográfico al de salud materna.

Otro elemento importante en el contexto mundial que influyó decisivamente en la asignación internacional de recursos para la salud sexual y reproductiva fue la pandemia del virus de inmuno-deficiencia humana (VIH) causante del síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), aún cuando en términos de dotación de los recursos de alguna manera ha competido con la planificación familiar. No obstante es indudable que el VIH/SIDA puso el tema de la salud sexual y reproductiva en la agenda de todas las organizaciones multilaterales y nacionales a fines de la década de 1980.

En la década de 1990 se produce una conceptualización más clara de la noción de salud reproductiva, tomando como base el concepto de salud de la Conferencia de la OMS en Alma-Ata¹², de la cual nace la noción de “salud básica para todos” y paralelamente surge el enfoque de derechos con los aportes de los movimientos feministas en todo el mundo occidental. El enfoque de derechos ha tenido también una larga evolución desde la Declaración

¹² La definición de salud de Alma Ata establece que ésta no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social.

Universal de los Derechos Humanos en 1948¹³, pasando por diversas Convenciones Internacionales sobre Derechos Políticos de la Mujer (1952), sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965), sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José (1969)¹⁴, entre otras.

Así, durante la década de 1990 el país retoma las políticas públicas de salud reproductiva y se permite la difusión de los diversos métodos modernos de anticoncepción en el marco de la planificación familiar. Adicionalmente, se desarrollan también tres Conferencias Mundiales patrocinadas por las Naciones Unidas que son especialmente gravitantes en esta dirección como son la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo (1994) y la IV Cumbre Mundial de la Mujer en Beijing (1995), con una activa participación de las mujeres. Consecuentemente, los métodos hormonales se incorporaron a las guías y manuales de salud pública, lo que hace indispensable reconstruir el contexto en que se da la controversia sobre la introducción de la AOE en el Perú.

La anticoncepción de emergencia se introdujo inicialmente en el Perú en 1992¹⁵ con la aprobación del Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos, comprendiendo no sólo a las píldoras hormonales sino también a una alta dosis del benzoato de estradiol intramuscular (inyectable) y la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) hasta en las primeras 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección. Sin embargo al reeditar las guías nacionales de Planificación Familiar en 1996 el acápite VI de anticoncepción de emergencia fue retirado arrancando las páginas de la edición auspiciada por USAID. No obstante, la agencia entre 1994 y 1998 era la principal financiadora de actividades de Planificación Familiar (PF) [Coe, 2004: 61]. De manera que el gobierno en ese período continuó impulsando la PF la como parte de la política sectorial de salud. El presidente Fujimori inclusive asistió a la IV Cumbre Mundial de la Mujer en Beijing y a su regreso incluyó la

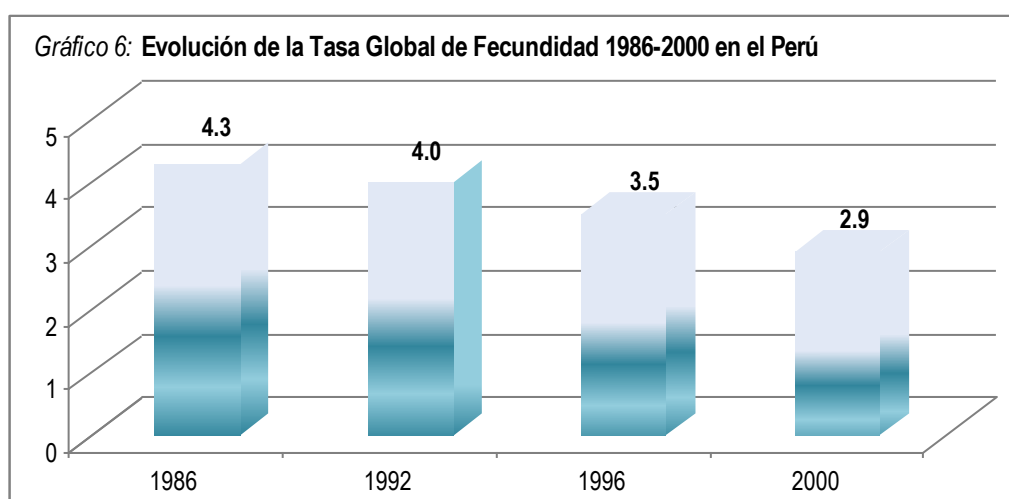
¹³ Incorporada a la normatividad nacional en el Perú por Resolución Legislativa N° 13282 del 15 de diciembre de 1959.

¹⁴ Aprobada por D.L. N° 22231 del 11 de julio de 1978.

¹⁵ Mediante la RM N° 0738-92 SA/DM cuya copia de autógrafa se muestra en el Anexo 4.

anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)¹⁶ en la oferta normal de métodos. Este método estaba antes restringido a mujeres multíparas que hubieran sufrido complicaciones graves en su última gestación y aplicable sólo bajo autorización escrita del cónyuge, así que las organizaciones de mujeres aplaudieron su incorporación a la gama regular de métodos, que incluía a las píldoras, inyectables, implantes, condones, óvulos vaginales, el Billings, sintotérmico y otros basados en el conocimiento de la fertilidad.

Cabe aquí recordar que durante las décadas de 1970-80 el Perú había mostrado un considerable incremento poblacional pasando de 13'2 (1970) millones a 17'8 millones (1981) y a 21'6 millones (1990) pero, como ya se ha mencionado, la fecundidad global empezó a descender. En el Gráfico 6 se puede apreciar la evolución de la tasa de fecundidad global bajando de 4.3 hijos por mujer en 1986 a menos de 3 h/m en el 2000, durante el gobierno de Fujimori, al reforzar los programas de planificación familiar.



Fuente. ENDES Continua 2004-2005 [INEI]

Pero para este objetivo en la década de 1990, Fujimori y sus asesores establecieron además metas cuantitativas que incrementaron las intervenciones quirúrgicas y fueron desvirtuando los objetivos del programa que inicialmente había tenido una gran aceptación por las organizaciones civiles, incluidas las organizaciones de base y de mujeres, no obstante del estilo autoritario del régimen. Más Fujimori, obsesionado con la reducción de la pobreza, forzó los protocolos mediante procedimientos coercitivos para inducir a las mujeres de

¹⁶ Hasta 1995 las AQV sólo eran reconocidas como un procedimiento de excepción para casos debidamente justificados de riesgo en la salud de la mujer y requería el consentimiento del cónyuge.

zonas rurales y peri-urbanas hacia la ligadura de trompas [Cáceres y col., 2008: 154]. Esto terminó abriendo un nuevo frente de reclamos de las organizaciones feministas en defensa del derecho de las mujeres para optar por un método sin presión o coacción de los prestadores, con un consentimiento informado previo y en servicios de salud debidamente acreditados. A este reclamo posteriormente se sumaron grupos católicos que hicieron suyo el descrédito del programa de planificación familiar.

Entretanto, en 1999 al actualizar las normas de Planificación Familiar, se omitió toda referencia a la anticoncepción de emergencia¹⁷, sin que mediara explicación oficial alguna. Cabe mencionar sin embargo que pocos meses después se produjo el lanzamiento en Europa de la píldora sólo de levonorgestrel, específica para anticoncepción de emergencia, incluyendo la propia Italia, lo cual dio lugar a la ya mencionada Declaración de la Pontificia Academia para la Vida de la Santa Sede (El Vaticano) en el año 2000, que advierte de un potencial efecto abortivo al interpretar que impediría la implantación de un óvulo ya fecundado. No obstante, ese producto de uso dedicado –para un fin específico– aún no se había registrado en el Perú. Así que el tema de la anticoncepción de emergencia inicialmente había pasado desapercibido en nuestro país, al menos para el público general.

Pero en julio de 2001 se promulgó la RM N° 399–2001 SA/DM¹⁸ incorporando a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) de tipo hormonal a las normas vigentes de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, durante la gestión del ministro Eduardo Pretell. Nótese que la precisión de “oral” en esta resolución es porque excluye al inyectable y al DIU¹⁹. Esta resolución fue aprobada casi al término del Gobierno de Transición por iniciativa de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), conducida por el médico David Torres con el asesoramiento del médico Alfredo Guzmán, past-presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y consultor independiente de la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el ministro Pretell hizo suya como parte de la estrategia para reducir la mortalidad materna. Es decir que resultó

¹⁷ Mediante la RM N° 465-99 SA/DM.

¹⁸ Publicada en El Peruano el 14.Jul.2001 (ver Anexo 5).

¹⁹ También es posible disponer de anticoncepción de emergencia mediante la inserción de un dispositivo intra-uterino durante pocos días.

de una coyuntura muy particular surgida de un gobierno provisional con marcada independencia de los grupos tutelares tradicionales²⁰. Nótese además que el rango de la norma es una resolución del Ejecutivo y, por lo tanto, no estuvo sujeta al procedimiento normal de una iniciativa legislativa del Congreso o sus comisiones de trabajo (en este caso la Comisión de Salud y Personas Discapacitadas). Si bien esta resolución siguió todas las instancias internas de aprobación, según se constata en la autógrafa, tampoco estuvo sujeta a engorrosas consultas intersectoriales y su aprobación fue expeditiva.

4.6 Inicio de la Controversia

A fines del mismo mes de julio de 2001 se produjo el relevo del Gobierno de Transición conducido por el Presidente Valentín Paniagua al nuevo gobierno del electo presidente Alejandro Toledo, quien designó al congresista Luis Solari como Ministro de Salud. Solari desde el inicio mostró una posición confesional y sistemáticamente se negó a acatar la mencionada RM N° 399, aduciendo que la norma había sido promulgada en las postrimerías del gobierno saliente, que no contaba con un protocolo y que los mecanismos de acción del método no estaban claramente definidos. El protocolo sí existía pero no estaba expresamente mencionado como anexo integrante de la resolución, por lo que fue llanamente ignorado por el ministro, tal como meses después fue comprobado por la Defensoría Adjunta de la Mujer al ubicar la aludida autógrafa de la RM N° 399-2001.

Cabe también añadir que durante la gestión de Solari se reabrió la investigación sobre las AQV y se realizó una reorganización profunda en el Ministerio de Salud (en adelante MINSA), eliminando los programas “verticales”, es decir especializados en aspectos epidemiológicos como era el caso de Planificación Familiar (PF) o el de control de infecciones de transmisión sexual (PROCETS), por programas “horizontales” o de ciclos de vida. Esta reorganización y la consiguiente renovación de cuadros del MINSA fueron continuadas y profundizadas por el sucesor de Solari, el médico Fernando Carbone. Ambos ministros mostraron una marcada posición conservadora y confesional [Chávez y Coe, 2006: 11]. Aunque a través de los medios algunos voceros de grupos

²⁰ Ante la abrupta renuncia de Fujimori en el extranjero, el Congreso eligió a Valentín Paniagua para presidir un gobierno transitorio y, siendo éste miembro de un partido entonces con una mínima representación, convocó a personalidades independientes o con cierto prestigio académico para conformar el gabinete de ministros sin la presión de un partido del gobierno, lo cual redundó en una coyuntura *sui generis*.

conservadores invitaron a la población a que presenten denuncias ofreciendo posibles indemnizaciones, pronto quedó claro que la investigación no era propiamente en defensa de los derechos de las mujeres, sino con el ánimo político de abrir procesos administrativos a los ex-colaboradores de Fujimori y desactivar los programas de salud sexual y reproductiva. Carbone incluso designó una comisión investigadora encabezada por el médico Juan Succar, pero no pudieron documentar ni siquiera un millar de casos y mucho menos aún demostrar que las 350 mil AQV hubiesen sido “todas” forzadas como declaró, ni se realizaron las indemnizaciones a los denunciantes²¹, pero con ello justificaron la desactivación del programa de Planificación Familiar.

En diciembre de ese año siendo aún ministro Solari y viceministro el médico Fernando Carbone, se aprobó la inscripción del registro sanitario²² para *Postinor 2* levonorgestrel 0.75 mg, que sería la primera píldora de AOE lanzada en el mercado peruano. Curiosamente en la dependencia de registro de medicamentos y drogas (DIGEMID, por sus iniciales) no se habían percatado de la existencia de un antecedente, ni mucho menos del uso dedicado; está claro que el estigma de abortivo aún no estaba muy difundido entre las propias autoridades de la nueva administración sectorial y el producto *Postinor 2* fue tratado como una droga nueva. Entretanto la misma marca (*Postinor 2*) ya se había lanzado exitosamente en Colombia, Venezuela y Brasil, mientras que en Chile y Argentina se usaron nombres locales dando lugar a sendas demandas contra dichas marcas, generando encendidos debates que trascendieron las fronteras. Nótese que los primeros ataques se orientaron a los productos comerciales, los cuales se anticiparon a la distribución pública por parte de los estados.

En abril del 2002 el Ministerio de Salud puso en consulta el tema de la AOE ante el Comité de Ética del Colegio Médico del Perú (CMP), adelantando opinión en el sentido que la AOE interfería con el la implantación del óvulo fecundado y afectaría su derecho a la vida²³. El CMP solicitó a su vez opinión de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), la cual se

²¹ Se llegaron a realizar aproximadamente 350 mil AQV en tres años y los detractores del método sostenían que todas habían sido realizadas de manera forzada. No obstante la Defensoría del Pueblo recibió únicamente 240 denuncias de irregularidades que comprendían violaciones al consentimiento informado o prácticas médicas inapropiadas, de las cuales sólo 12 denuncias fueron debidamente documentadas y sancionadas.

²² Ver RD N° 13958/SS/DIGEMID/DERN, en el Anexo 6.

²³ El texto de la carta de solicitud SA-DVM N° 338-2002 claramente establece la respuesta que espera recibir o confirmar; ver Anexo 7.

pronunció a favor del empleo de la AOE²⁴. Sin embargo esta respuesta nunca fue debidamente reconocida por el MINSA. Entretanto, en mayo del mismo año, diversas organizaciones de la sociedad civil que luego conformarían la Mesa de Vigilancia de Derechos Sexuales y Reproductivos, como el CMP Flora Tristán, el Movimiento Manuela Ramos, CESIP, CENDIP, APROPO, APPRENDE, INPPARES y FOVIDA, entre otras, enviaron una carta abierta al ministro Carbone en la que le expresaban su preocupación por el desabastecimiento de métodos modernos, la deseable reducción de la mortalidad materna, la existencia del aborto inseguro y la falta de aplicación de la norma que autorizaba la entrega de la anticoncepción de emergencia en los establecimientos de salud del Estado²⁵. Ese mismo mes, un comité consultivo en Anticoncepción de Emergencia había presentado una queja a la Defensoría del Pueblo por cuanto el Ministerio de Salud no estaba cumpliendo con distribuir las pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE) en los protocolos de atención de los servicios brindados por el Ministerio de Salud, en cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 399-2001 que aprobaba el uso de la anticoncepción oral de emergencia.

En junio de 2002, a través de un comunicado público, el Ministerio de Salud manifestó que no implementaba la anticoncepción oral de emergencia por no estar claros sus mecanismos de acción, los efectos secundarios y los peligros que pudiera representar para la vida humana. En varias entrevistas concedidas a los medios de comunicación, el ministro Carbone reafirmó esta posición mencionando que estaba a la espera del pronunciamiento del CMP, como institución calificada para emitir una opinión autorizada. La Defensoría del Pueblo mediante oficio²⁶ dirigido al Vice-ministro de Salud, doctor Oscar Ugarte, solicitó información sobre las razones por las cuales el Ministerio de Salud aún no había implementado la Resolución Ministerial N° 399-2001. Al no haber respuesta, se reiteró la solicitud al doctor Ugarte²⁷, gestión que tampoco obtuvo respuesta.

²⁴ Las sociedades médicas son reconocidas por el CMP como asociaciones científicas y, como tales, les solicita opinión en temas sensibles. Por consiguiente SPOG se pronunció inicialmente mediante carta del 29 de abril de 2002 (ver Anexo 8).

²⁵ Según carta abierta del 29 de abril de 2003.

²⁶ Mediante oficio N° 082-2002/DP-DM de 28 de julio de 2002.

²⁷ Mediante Oficio N° 101-2002/DP-DM del 27 de agosto de 2002.

Ante un nuevo pedido de opinión sobre la AOE formulado por el MINSA, el Comité de Doctrina y Legislación del Colegio Médico del Perú ignorando la posición técnica y científica de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) emitió un informe sumario de apenas dos páginas, sin bibliografía alguna, recomendando “cautela y prudencia en la prescripción de la AOE”. Según el citado documento, no estaban claramente establecidos los mecanismos de acción del método anticonceptivo en cuestión, si bien admitía también que no interrumpía el embarazo, ni afectaba al embrión²⁸. Este pronunciamiento parcial e incompleto de un solo comité no reflejaba la posición institucional del Colegio Médico del Perú, pero fue utilizado por el ministro Carbone como si fuera el respaldo a su posición, generando el desconcierto de otras instancias al interior del Colegio y sus sociedades científicas, porque el documento estaba suscrito por el vice-decano pero en su condición de presidente del mencionado comité de doctrina y legislación, mas no en representación del CMP.

En el mes de julio del año 2002 se lanzó la primera píldora de uso exclusivo para AOE en el mercado farmacéutico peruano, en el marco del XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. En dicho congreso fueron presentados los resultados preliminares de una reciente investigación descartando los hipotéticos efectos sobre el endometrio en las primates *Cebus Apella*, realizada por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) en el bioterio de la Pontificia Universidad Católica de Santiago, cuyos resultados se abordan más adelante. El equipo multidisciplinario estuvo conducido por el doctor Horacio Croxatto y la bióloga María Elena Ortiz, investigadores de mucho prestigio en el ámbito médico, cuyos estudios se sumaron a diversos otros realizados por estos años²⁹, en vista de la controversia existente no sólo en el Perú sino también en los países vecinos. Tanto en Colombia como en Argentina y Chile se estaban realizando acciones legales para impedir la distribución privada de la píldora de AOE. Es decir que la reacción no era sólo local sino parte de una acción coordinada por detractores de los derechos reproductivos en varios países pertenecientes a organizaciones laicas vinculadas con activistas religiosos, para bloquear luego la distribución pública subsecuente.

²⁸ Comité de Doctrina y Legislación del CMP: Informe sobre AOE. mayo de 2003 remitido mediante carta suscrita por el médico P. Wagner (ver Anexo 9).

²⁹ Dado que la comercialización de la píldora de uso dedicado se inicia en 1997-98, las investigaciones realizadas con el propio producto se publican a partir del año 2000 y permiten precisar los modos de acción corrigiendo las primeras guías; no obstante los reparos de los detractores se basan en las nociones anteriores al 2000.

Contrariamente, dos meses después en septiembre de 2002 un grupo de mujeres de diversas organizaciones presentaron a título personal una Acción de Cumplimiento para que el Ministerio proceda a implementar lo dispuesto por la RM N° 399-2001 y en octubre del mismo año las organizaciones civiles antes mencionadas (CMP-Flora Tristán, Manuela Ramos, CESIP, CENDIP, APROPO, APPRENDE, INPPARES y FOVIDA) realizaron una demostración –plantón– frente al Ministerio de Salud, exigiendo la aplicación de la norma que autoriza la AOE. Por esos días la Defensoría del Pueblo elaboró su Informe N° 69, sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos, en el cual se advertían ciertas dificultades en el abastecimiento de los métodos anticonceptivos en general y se expresaba la preocupación por la ausencia de aplicación de la RM N° 399-2001 en los establecimientos del Estado. El autor publicó en el mismo mes un artículo en el diario oficial El Peruano de significativo impacto especialmente en el sector público³⁰.

El recuento de estas incidencias da cuenta por sí mismo del nivel de intriga y de tensión en varios niveles tanto públicos como privados que ha caracterizado la introducción de la AOE en el Perú. Esto no era una reacción puramente local pues en el mismo período se venían realizando previamente los aludidos procesos judiciales o administrativos contra otras versiones antes lanzadas comercialmente en Argentina y Chile. Nótese por lo tanto, que se trataba de acciones coordinadas por una red de grupos conservadores confesionales, con una prédica religiosa latente, como se reseñará más adelante, que actuaban simultáneamente en los países más católicos de la región (aunque Brasil y Venezuela tenían productos similares no se presentaron o no prosperaron procesos equivalentes, ni trascendió la declaración del Vaticano sobre el método, como se discutirá más adelante). Estos grupos en la mayoría de países vecinos estaban conformados por organizaciones privadas y laicos de orientación religiosa predominantemente católica.

Es relevante anotar que mientras los detractores del método se ceñían a la declaración de la Pontificia Academia por la Vida del Vaticano, acusando al método de ser abortivo y por lo tanto descalificado constitucionalmente por afectar el derecho a la vida del concebido, los defensores esgrimían que tal

³⁰ Ver el artículo publicado en El Peruano el 18.set.2002 en el Anexo 10.

efecto no estaba demostrado científicamente y la normativa nacional seguía estando vigente; que el método utilizaba un ingrediente activo que es el mismo encontrado en las versiones existentes en las píldoras anticonceptivas de uso regular, los implantes sub-dérmicos (*Norplant*), los parches anticonceptivos y los DIU endoceptivos; que era posible aplicar el método mediante una cierta combinación de las píldoras existentes en el mercado nacional (aunque en ese caso la presencia de estrógeno sintético presenta mayores efectos secundarios); que el método de emergencia hormonal era recomendado por la OMS; y que, consecuentemente, las mujeres tenían derecho a optar por un método legalmente disponible para regular su fecundidad. Ambos grupos defendían sus puntos de vista en forma pública y los medios masivos –prensa escrita, radio y TV– daban cuenta profusamente del debate, mediante artículos, entrevistas, reportajes, comunicados y declaraciones desde mediados de 2002.

El discurso de los detractores se centró en el supuesto efecto abortivo mientras que el de los defensores era más amplio y variado, lo cual evitó la abrupta eliminación del método por parte del ministro Carbone, quien pugnaba por un respaldo popular que le resultaba esquivo. La prensa, incluyendo la agencia católica Aciprensa, siguiendo las opiniones vertidas por parte de los diversos interlocutores de la sociedad civil (especialmente los movimientos de base, organizaciones feministas, ONGs de salud reproductiva y de derechos ciudadanos, profesionales médicos, biólogos, obstetrices, farmacéuticos, representantes de colegios profesionales, comunicadores, docentes de universidades públicas y aún comités empresariales de la salud), reflejó el debate y quedó evidenciado que al interior del propio sector público no existía tampoco un consenso contra los métodos anticonceptivos modernos, incluida la AOE. De acuerdo a las cifras de la Encuesta Demográfica de Salud (ENDES), en este período el MINSA incrementó la oferta de métodos tradicionales como la lactancia materna y los de abstinencia periódica basados en el conocimiento de la fecundidad como el Billings [Coe, 2004: 66], como parte de la política fundamentalista (*sic*) impulsada por los ministros Solari y Carbone desde su cargo público [Chávez y Coe, 2006: 11].

El 24 de octubre del 2002, se publicó en el diario oficial El Peruano la Resolución Defensorial N° 031-2002 que aprobó el Informe Defensorial N° 69 denominado: *“La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos*

reproductivos III.- Casos investigados por la Defensoría del Pueblo”. La referida resolución hacía alusión a la reiterada solicitud de información realizada al viceministro Ugarte y de la falta de respuesta en ambos casos, reiterando nuevamente el pedido y recordándole que, en su condición de funcionario público, estaba obligado a remitir la información solicitada a la Defensoría del Pueblo, en atención al deber de cooperación establecido en el artículo 161° de la Constitución y en el artículo 16° de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo. Finalmente, el 7 de noviembre de 2002, el doctor Oscar Ugarte respondió las comunicaciones de la Defensoría del Pueblo e informó “...que si bien la AOE fue incorporada como método anticonceptivo en las normas del Programa Nacional de Planificación Familiar mediante Resolución Ministerial N° 399-2001-SA/DM, ni su protocolización ni su financiamiento para los años 2001 y 2002 habían sido previstos...” por la gestión de aquel entonces. Añadió que dada la controversia sobre el tema, el Ministerio de Salud solicitó un informe al Colegio Médico, el cual recomendaba cautela y prudencia en su prescripción, mientras no se determine claramente el modo de acción principal de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Esos argumentos fueron rebatidos poco después, al descubrirse que sí existía un protocolo con la bibliografía consultada para la AOE, el cual acompañaba debidamente visado a la autógrafa de la mencionada resolución.

En diciembre de 2002 Carbone se presentó ante la Comisión de Salud del Congreso para explicar las razones para no implementar la mencionada RM N° 399-2001 pero dedicó el tiempo asignado a presentar sus lineamientos generales de política. Apenas en los minutos finales y ante la insistencia de algunos congresistas presentó los insumos del programa de Planificación Familiar, incluyendo los dispositivos de AMEU³¹ que pretendía descalificar y las píldoras hormonales “*Lo-Femenal*” (de uso general) y “*Ovrette*” (para uso en lactancia), ambas distribuidas por el propio Ministerio de Salud. Esta última es sólo de progestágeno y al preguntársele entonces si *Ovrette* no era igual de abortivo que *Postinor 2*, Carbone apenas pudo replicar que la primera era 0.075mg de norgestrel y la segunda 0.75 mg de levonorgestrel. Ante la evidente similitud fonética de ingredientes (sonaban casi lo mismo) atinó a mencionar que “tienen un cero de diferencia”. En vista del silencio de la sala en espera de una aclaración más apropiada, Carbone ofreció entonces “disponer una

³¹ Iniciales del *kit* de Aspiración Manual Endo Uterina, igualmente calificado de abortivo.

inmediata investigación”, de la cual nunca dio cuenta. Habiendo sido incapaz para distinguir los mecanismos de acción entre ambas píldoras de progestágeno, su arremetida para retirar a *Postinor 2* del mercado perdió fuerza, excepto en las declaraciones periodísticas, contribuyendo involuntariamente a la promoción del producto cuyas ventas empezaron a incrementarse en las farmacias.

Minutos antes de la extensa presentación del ministro, un representante de la Conferencia Episcopal fue presentado como experto de ciencias biológicas y provisto del ejemplar de una de las farmacopeas aseveró que el *levonorgestrel* (sic) era un abortivo químico que presentaba una serie de afecciones, incluyendo los infartos al corazón. Al intervenir los congresistas de la Comisión se le preguntó como era posible que una hormona del ovario pudiera producir ataques al corazón, respondiendo que se había equivocado y ese efecto no correspondía al estrógeno sino al *levonorgestrel*, pero sin aclarar que ese progestágeno equivale a la otra hormona ovárica que favorece el embarazo (literalmente pro-gestar-ona). Dicho experto no presentó opinión alguna respecto a la extensa bibliografía que acompañaba a la mencionada resolución 399-2001.

Entretanto, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú (CMP) se reunió en Chiclayo con presencia de los ex-decanos y representantes de diversos comités del Colegio y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, acordando emitir una declaración del CMP, la cual establecía que los mecanismos de las píldoras hormonales eran: (a) inhibir o retrasar la ovulación y (b) interferir con la migración espermática por espesamiento del moco cervical. Respecto a un tercer mecanismo atribuido sobre el endometrio, se aclaraba que éste podría ser en píldoras combinadas (con estrógeno) pero los estudios eran controversiales. Sin embargo el entonces Decano del CMP Álvaro Vidal, demoró casi dos meses para publicar la Declaración sobre la AOE aprobada por el Consejo Nacional del CMP. Vidal era también miembro del Consejo Nacional de Salud (CNS) del MINSA como representante del CMP y próximo al entorno de Carbone, de manera que sólo publicó la declaración a insistencia de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) cuando ésta acordó publicar un comunicado sobre la AOE en febrero de 2003.

El ministro Carbone además estaba alertado de cuanto ocurría por el secretario de SPOG que dirigía entonces el Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima), a quien había tratado de ceder la palabra ante la Comisión de Salud, maniobra que no fue admitida por no estar invitado como interlocutor acreditado el médico Bazul, quedando no sólo desairado sino expuesto aquel como informante, lo cual precipitó la decisión de la Sociedad para publicar su Comunicado sobre AOE en la misma fecha y diario que la Declaración del CMP³². Ambos pronunciamientos echaron nuevamente por tierra la intención de Carbone para retirar el Registro Sanitario de *Postinor 2* y derogar la RM N° 399-2001 con otra resolución ministerial. Entonces la estrategia cambió a tratar de derogar la resolución con una ley, norma de mayor rango que tampoco prosperó pero permitió a Carbone posponer la vigencia plena de la RM N° 399-2001, para evitar el acceso de la AOE a los sectores menos favorecidos.

Nótese que en última instancia el ministro Carbone estaba dispuesto a que las PAE se vendan en las farmacias pero no que se distribuyan masivamente en los establecimientos del Estado a las mujeres de menores ingresos. Este tema no ha sido abordado en público pero una posible interpretación surgida en diálogo con el reverendo Fernando Chomalí, arzobispo auxiliar de Santiago, al término del Congreso de Bioética celebrado en Lima en el 2003, es que la transacción privada de compra-venta en farmacias implica un acto ciudadano de intercambio de bienes (*quid pro quo*) con plena autonomía, mientras que la distribución gratuita en los centros de salud pública, en opinión del religioso implicaría una inducción paternalista (aceptación de lo gratuito sin capacidad crítica precisamente por la gratuidad).

Por otro lado, mediante Oficio N° 002-2003/DP-DM de 13 de enero de 2003, la Defensoría del Pueblo solicitó al nuevo Viceministro de Salud Carlos Rodríguez que informara las razones por las cuales el Ministerio no había incorporado la referida protocolización pero el nuevo Viceministro nunca pudo justificar el incumplimiento a pesar del tiempo transcurrido. En febrero del 2003, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú finalmente publicó su Declaración favorable a la vigencia de la AOE en el diario *El Comercio* de Lima, respondiendo al mandato de su Novena Sesión Ordinaria Descentralizada realizada en Chiclayo los días 12 y 13 de diciembre del 2002. En el mismo

³² Ver copias de la declaración del CMP en Anexo 11 y el comunicado de SPOG en el Anexo 12.

diario y fecha se publicó el Comunicado de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) con similar tenor en apoyo a la AOE. Desairado, el ministro Carbone dejó de referirse al CMP como la última instancia para dirimir la controversia.

En marzo de 2003 el ministro Carbone conjuntamente con el representante del Perú ante el comité consultivo de UNICEF, al abogado Enrique Varsi, convencieron a *El Comercio* para publicar a página completa un debate entre ellos y el consultor médico del importador de la AOE en el país. Farmagé nominó al ginecólogo Alfredo Guzmán, ex-presidente de SPOG, y sugirió que también convoquen al médico Miguel Gutiérrez, presidente electo de la misma sociedad. Carbone desistió entonces de acudir personalmente pero designó al director general de salud, el médico Luis Quiroz y a su asesor principal, Gustavo de Vinatea. El abogado Varsi, especialista en derecho genético, esperaba llevar un titular condenatorio en primera plana del diario más influyente, a la próxima reunión del comité de UNICEF. Pero mientras Guzmán y Gutiérrez abundaron en investigaciones clínicas que respaldaban la AOE, Quiroz y Vinatea sólo mencionaron informes sin rigor científico y terminaron por negar que Carbone hubiera afirmado que la AOE fuese abortiva, que las evidencias de Guzmán y Gutiérrez “...no terminaban de convencerlos...” y que debían ser prudentes. El debate fue publicado a doble página central el domingo 9 y el titular apenas indicaba que el ministerio seguirá investigando la AOE.

A pesar del fiasco en *El Comercio*, ese mismo mes Carbone presentó un proyecto de nueva Ley General de Salud y la creación del Día del No nacido los 25 de marzo de cada año, en alusión a los nueve meses previos a la fecha atribuida al nacimiento del niño Jesús. Anticipándose a este proyecto en diciembre de 2002 el ministro había aprobado el nuevo Reglamento de Organización y Funciones mediante R.M. N° 573-2003 SA/DM³³ en cuyo artículo 9, inciso g) crea el “Registro del concebido” que aún está vigente (pero aun cuando la norma nunca ha sido derogada es virtualmente inaplicable). Este registro creó el desconcierto de los especialistas, no sólo por el tipo de norma con el que fue creado [Cáceres y col., 2008: 162], sino también porque implicaría que las mujeres luego de cada relación sexual tendrían que acudir a

³³ Ver encabezado de la resolución publicada en *El Peruano*, en Anexo 13.

un despistaje de fecundación mediante un ecógrafo o un microscopio electrónico de barrido, para detectar la presencia de un óvulo fecundado en su fase de cigoto³⁴. Respecto al otro proyecto de ley, el ministro pretendía además cambiar la definición de embarazo y ante las críticas públicas de un ex director de su gabinete de asesores, Carbone primero lo rebajó de categoría (de proyecto a ante-proyecto y luego a simple propuesta), para amainar las críticas. Pero el desgaste de su prestigio a raíz de estos incidentes representó el inicio del fin de su gestión como ministro. Como acto postrero el doctor Carbone ya no siendo ministro acudió al lanzamiento del Programa Perú-Vida 2012 en el cual omitía toda referencia al programa de planificación familiar. Ese acto estuvo presidido por el Viceministro Rodríguez ante la sintomática ausencia del nuevo ministro Álvaro Vidal.

En las entrevistas que Carbone concedió al término de su gestión justificó su política declarando que durante ésta se había incrementado el número de parejas protegidas (sin aclarar que lo había logrado con una mayor proporción de la lactancia materna y los métodos de abstinencia en la mezcla general de métodos) y argumentó que había reducido los índices de mortalidad materna aunque sin explicar la metodología utilizada³⁵. Las gestiones de Solari y Carbone se caracterizaron por modificar drásticamente las políticas públicas pre-existentes de salud reproductiva, llegando inclusive a eliminar el programa de planificación familiar, lo cual ha puesto en evidencia la fragilidad de la política pública de salud a la coyuntura o las agendas personales de los ministros de turno. Denota además la ausencia de una política sostenida de largo plazo y la escasa prioridad de la salud entre las políticas públicas.

4.7 La Comisión de Alto Nivel

En junio de 2003 luego de producido el relevo del ministro Carbone por el doctor Vidal y ante la insistencia de los diarios desde los primeros días, éste último se ve conminado a pronunciarse respecto a la AOE y como ex-decano del Colegio Médico del Perú opinó a favor del método para su uso de acuerdo a la especificidad del producto, es decir para emergencias. Inmediatamente surgieron las presiones sobre él para que modifique su posición y se vio

³⁴ El cigoto es el óvulo que habiendo sido fecundado presenta dos pro-núcleos.

³⁵ El índice es parte de la *ENDES* que se realizaba cada cuatro años y la última era la del 2000, por lo que el ex ministro no podía disponer de los cálculos de tal índice a mediados del 2003.

obligado a derivar el tema a una Comisión de Alto Nivel³⁶, la cual quedó integrada por catorce (14) representantes de las siguientes instituciones:

- | | |
|---|--|
| 1) Ministerio de Salud | 8) Univ. Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) |
| 2) Ministerio de Justicia | 9) Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) |
| 3) Ministerio de la Mujer y Des. Social | 10) Asociación Peruana de Facultades de Medicina |
| 4) Defensoría del Pueblo | 11) Academia Nacional de Medicina |
| 5) Conferencia Episcopal Peruana | 12) Academia Peruana de la Salud |
| 6) Colegio Médico del Perú | 13) Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología |
| 7) Colegio de Abogados de Lima | 14) Sociedad Peruana de Fertilidad Matrimonial |

Esta Comisión de Alto Nivel (en adelante la C.A.N.) aparentemente estaba conformada por las instituciones públicas y privadas más representativas para la salud pública, aunque es relevante notar una ausencia de organizaciones de mujeres en representación de las usuarias, la confederación de otras organizaciones civiles (como Forosalud) y de la agremiación de los importadores (como es el Comité de Salud de la Cámara de Comercio de Lima). La C.A.N. convocó a diversos expertos en el tema y recopiló diversas investigaciones al respecto, pudiendo los integrantes aportar otros estudios.

Esta Comisión de acuerdo con las actas celebró una decena de sesiones, pero las mismas actas indican que la representante de la Conferencia Episcopal Peruana (CEP), la psiquiatra Maíta García no llegó a presentar estudio clínico alguno que demostrara los supuestos efectos antianidatorios. Por el contrario otros especialistas realizaron presentaciones ante la Comisión, entre ellos el médico Edgar Ramírez de OPS y el experto Horacio Croxatto de ICIMER, ambos respaldados con investigaciones indicando que no estaban probados los efectos del levonorgestrel sobre el endometrio capaces de impedir la anidación o implantación del embrión.

La representante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Dra. Ana Güezmes, por su parte reemplazó a Élvito Rodríguez y llevó una posición institucional consensuada con los decanos de las facultades de ciencias sociales, medicina, derecho y del propio rectorado³⁷. Esta posición recomendaba la oferta de la AOE en los establecimientos públicos, basada en once comunicaciones y estudios (del CMP, SPOG, UNFPA, OMS, OPS, ACOG, FDA e incluso USAID); partía de la definición de embarazo de la OMS, relacionada con la implantación de un óvulo fertilizado; aclaraba que la acción

³⁶ Designada mediante RS N° 009-2003 SA del 11 de setiembre de 2003.

³⁷ La posición inicial del Dr. Rodríguez era de carácter personal; es decir sin consulta formal con los ámbitos académicos relacionados con el tema, tal como hizo la Dra. Güezmes.

de la AOE comienza y termina antes del inicio del embarazo; reconocía que según la evidencia médica y científica actual la AOE reúne condiciones de seguridad y eficacia apropiadas; y, finalmente, que la UNMSM respalda el cumplimiento de los derechos humanos en su doble vertiente de libertades individuales y justicia social.

Los representantes de la Conferencia Episcopal Peruana (CEP), de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) y el del Ministerio de Justicia (cuyo titular posteriormente modificó su posición), se abstuvieron de suscribir el informe. Reitérase que la psiquiatra Maíta García, representante de la Conferencia Episcopal Peruana, no pudo presentar una sola investigación con rigor científico que respaldara sus afirmaciones, a pesar que a través de los medios los voceros de la Iglesia católica decían tenerlos. En las actas de la Comisión puede verse que la referida representante únicamente presentó un ensayo, el cual no constituía una investigación clínica, aleatoria (randomizada), doble ciego y con un grupo de control, como hubiese correspondido.

El 9 de diciembre de 2003, once (11) de los catorce miembros de la C.A.N. suscribieron el Informe respaldando la AOE y lo entregaron al ministro Vidal para que lo presentara ante el Consejo de Ministros con las siguientes conclusiones: 1) La evidencia científica actual ha establecido claramente que los mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal oral de emergencia, impiden o retardan la ovulación e impiden la migración de los espermatozoides por espesamiento del moco cervical. Por lo tanto actúan antes de la fecundación. 2) Se ha probado que tales mecanismos no tiene acción adversa alguna sobre el endometrio, por lo que no se puede asignar efecto abortifaciente a la anticoncepción hormonal oral de emergencia. 3) La anticoncepción oral de emergencia incorporada a las normas de Planificación Familiar mediante R.M. N° 399-2001 SA/DM posee pleno sustento constitucional y legal. Con este informe suscrito en amplia mayoría el titular de Salud tenía el respaldo necesario para zanjar la controversia de una vez por todas, publicándolo o presentándolo al presidente (la resolución designando la C.A.N. era suprema) en el siguiente Consejo de Ministros.

No obstante, transcurrieron tres días sin que ocurriera lo uno ni lo otro. En vista del silencio del ministro Vidal, la Defensora Adjunta de la Mujer, Rocío Villanueva, elaboró el ya mencionado Informe Defensorial N° 78 y la Defensoría

del Pueblo emitió la R.D. N° 040-2003/DP³⁸. Ese Informe incluía como anexo la traducción oficial de la declaración del laboratorio húngaro Gedeon Richter Ltd. concluyendo que los mecanismos de acción del preparado (la píldora de levonorgestrel de 0.75 mg) inhibían o retrasaban la ovulación e impedían la migración de espermios por espesamiento del moco cervical³⁹. Esta declaración fue crucial porque echó por tierra el argumento de los detractores que el propio fabricante se inculpada aplicando una antigua táctica de la Inquisición (que sostenía que “... a confesión de parte, relevo de pruebas.”), que aquellos esperaban los exoneraría de presentar las investigaciones que hasta la fecha no han hecho públicas.

La traba que enfrentaba el ministro Vidal era que para presentar un documento en el Consejo de Ministros, éste primero tenía que ser incluido en la agenda y eso requería de la aprobación previa del ministro de Justicia, quien actuaba como asesor jurídico del gabinete. Pero el ministro de entonces, Fausto Alvarado, creía también que la píldora era abortiva y bloqueó su inclusión en la agenda del Consejo. Sin haber podido romper el bloqueo, dos meses después, Vidal fue reemplazado por la médica Pilar Mazzetti, neuróloga de larga trayectoria en la salud pública.

La nueva ministra literalmente heredó el caso y desde el primer día de su gestión respaldó el método ante los periodistas, que le plantearon la encrucijada desde las entrevistas iniciales. Con mejores reflejos que su antecesor, la ministra encargó la elaboración de un informe ad hoc al representante del Colegio Médico del Perú en la C.A.N., Luis Távara Orozco, con dieciocho investigaciones referenciadas, como en complemento del Informe Médico y Jurídico de cuyo contenido ya estaba advertida⁴⁰. Con el Informe adicional del doctor Távara en mano se reunió con el nuevo ministro de Justicia, abogado Baldo Kresalja y acordaron que el despacho del vice-ministro de ese sector y sus asesoras legales reevaluaran la posición del Sector. Nuevamente el doctor

³⁸ Publicada en el diario oficial El Peruano el 19 de diciembre de 2003.

³⁹ La declaración de G. Richter está respaldada por cuatro investigaciones de HB Croxatto, L Devoto, M Durand, E. Ezcurra, F Larrea, ME Ortiz, D Vantman, M Vega y E von Hertzen (2001); de M Durand, MC Cravioto, EG Raymond, O Duran-Sánchez, ML Hinojosa, A. Castell-Rodríguez, R Schiavon y F Larrea (2001); de L Marions, K Hultemby, I Lindell, X Sun, B Stabi y KG Danielson (2002); y de G Ugocsai, M Rózsa y P Ugocsai (2002), cuya copia legalizada fue remitida por APPRENDE a la Comisión de Alto Nivel y a la Defensoría del Pueblo; ver copia en el Anexo 14 y su traducción oficial en el Anexo 15.

⁴⁰ Los estudios del Informe Távara se encuentran resumidos en una publicación de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología auspiciada por UNFPA [Ramírez 2006].

Luis Távara fue encargado de sustentar la posición de la medicina basada en evidencias. Pero el punto crucial para el equipo legal de Justicia era que en el inserto inicial el laboratorio reconocía que había un efecto antianidatorio. Por una feliz coincidencia los representantes de UNFPA y de APPRENDE participaron en la reunión y el último de los nombrados tenía consigo la copia de una carta del laboratorio fabricante Gedeon Richter sobre los mecanismos de acción así como del inserto original, el cual empezaba diciendo “Se cree que el levonorgestrel actúa...”, siguiendo la pauta de la farmacopea, pero donde estaba claro que “se cree” no es una afirmación, sino una hipótesis por demostrar, mientras que la declaración del Laboratorio Gedeon Richter sí era una afirmación y no establecía efecto sobre el endometrio. Tras varias semanas de deliberaciones finalmente Justicia cambió su posición en junio de 2004, sin entrar en el tema médico que correspondía al Sector Salud.

Una vez más quedó en evidencia la fragilidad de las políticas públicas en el Perú, dependiendo del voluntarismo de los ministros de turno. En primer lugar el bloqueo de Alvarado en el más alto nivel de decisión política del ejecutivo, como es el consejo de ministros, basado en sus creencias personales. En segundo lugar, la firmeza de la ministra Mazzetti para afirmarse en sus convicciones y no dejarse doblegar por la presión de la Iglesia católica a través de la Conferencia Episcopal Peruana (CEP) y, en tercer lugar, la independencia y voluntad del ministro Kresalja para establecer serenamente los alcances del ámbito jurídico, sin invadir las áreas de competencia de otras especialidades. Las tres intervenciones dan cuenta de la influencia de las personas en el manejo de las instituciones y el peso de éstas en los procesos políticos. Denotan también la fuerza de la Iglesia católica peruana para influir en la agenda pública, a pesar del aparente laicismo del estado contemporáneo.

En el Congreso en julio de 2004 Chávez Chuchón, médico ayacuchano de notorio discurso confesional, asumió la presidencia de la Comisión de Salud, con el decidido apoyo de Luis Solari como vocero de la bancada oficialista en el Congreso y presentó un nuevo proyecto de ley para prohibir la AOE. El proyecto en su parte considerativa partía de la premisa que el método era abortivo y por ende anti-constitucional, pero no prosperó. Luego Chávez Chuchón amenazó a la ministra Mazzetti de iniciar una acusación constitucional, que finalmente tampoco prosperó. Entretanto UNFPA donó 150.000 unidades de *Postinor 2* al

MINSa y las trabas pasaron a la parte operativa. Primero intentaron bloquear la donación en la Aduana porque no tenía registro sanitario, pero los blisters que había despachado el laboratorio G. Richter desde Hungría⁴¹ no eran como genérico (levonorgestrel 0.75 mg) sino como la presentación comercial y Farmagé⁴² aceptó el uso de su propio Registro Sanitario N° E-14208 sin cargo alguno. La siguiente traba fue la distribución desde los almacenes centrales del MINSa hasta los hospitales y direcciones regionales. Durante casi un semestre las instancias administrativas del MINSa se resistían a despachar a los centros de salud "... porque ellos insistían que no tenían el registro sanitario". Frente a la queja de los médicos ante la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), indicando que los servicios de planificación seguían desabastecidos, Farmagé nuevamente tuvo que prestar copia de los registros vigentes al programa de Planificación Familiar, para que procedan a entregar el producto a las usuarias. Cabe resaltar que esa actitud de las instancias intermedias del Ministerio sobrepasó la gestión de Carbone, como ya se había advertido en los antecedentes.

4.8 La judicialización del caso

En octubre de 2004 la Asociación de Lucha Anticorrupción sin Componenta (ALA-SC), una organización civil de orientación cristiana y jurídica, cuya principal línea de acción estaba centrada en promover conductas éticas en la administración pública y privada, presentó un Recurso de Amparo contra la distribución del método. El amparo de esta asociación no gubernamental encabezada por el ingeniero José Luis Garrido Lecca, que dice tener en su consejo consultivo a Jehová, Mahoma y otros personajes históricos, fue admitido en primera instancia recién a mediados de agosto de 2005 por el juez Angel Zea considerando que el MINSa no estaba dando información suficiente sobre el método, pasando luego a segunda instancia por apelación de la procuradora pública de ese ministerio.

Entretanto, la mencionada Acción de Cumplimiento presentada en agosto de 2002, había sufrido varios incidentes en su trámite; había sido ganada por las demandantes en primera instancia pero apelada por el MINSa. El juez de la

⁴¹ La adquisición de UNFPA fue directamente del fabricante, sin que participara el representante local, a precios especiales por ser agencia de Naciones Unidas, coordinada desde la sede central en Nueva York, para evitar suspicacias.

⁴² Droguería importadora de la versión comercial de *Postinor 2*.

segunda instancia archivó el caso aduciendo que la norma original (la varias veces citada RM N° 399-2001) ya estaba derogada en el 2004, al haberse promulgado las nuevas Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva mediante RM N° 668-2004, a mediados de ese año. No obstante el juez se estaba sustrayendo del fondo de la materia, ya que aún cuando la norma original había sido superada por otra, no se derogaba el método sino que por el contrario lo incorporaba. Por ello, las demandantes apelaron la sentencia y pasó al Tribunal Constitucional, lo cual dio pie a que diversas organizaciones como la Defensoría del Pueblo, la OPS, el Fondo de Actividades de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) presentaran recursos de *Amicus Curiae*⁴³ con argumentos respaldando el método y acompañando el recuento de las últimas investigaciones científicas, demostrando que no estaban probados los supuestos efectos sobre el endometrio, capaces de impedir la anidación de un óvulo ya fecundado en su estadio de blastocisto.

Ante la inminencia del fallo del Tribunal Constitucional (TC) atendiendo las razones expuestas en los *Amicus Curiae*, en noviembre de 2006 el cardenal Juan Luis Cipriani, arzobispo de Lima y connotado integrante del Opus Dei, declaró ante diversos medios que quienes promovían la AOE eran unos asesinos⁴⁴. Pero mediante sentencia del 13 de noviembre de 2006 el TC de entonces declaró fundada la acción de cumplimiento y falló fundada la demanda a favor de que se cumplan las resoluciones vigentes materia de aquella. Esta sentencia luego de su promulgación tuvo inicialmente un efecto catalizador en la Acción de Amparo contra la distribución de la píldora mencionada en los párrafos anteriores (es decir en la otra demanda), ya que los vocales de la Corte Superior de Lima tuvieron que emitir sucesivos votos dirimentes (seis en adición a los tres iniciales en discordia) hasta llegar a un fallo razonable declarando infundada la demanda en su extremo principal pero fundada en parte respecto a la información del ministerio, en el sentido que la AOE (de levonorgestrel 0.75mg) produce una ligera alteración del endometrio pero que no es determinante para impedir la implantación, lo cual debía ser consignado en las guías del MINSA.

⁴³ Estos son recursos de instituciones que se presentan ante los tribunales en calidad de Amigos de la Corte para declarar, en forma voluntaria o a pedido del propio tribunal, en aquellos casos en los que existe una preocupación de la sociedad respecto a que dicho tribunal disponga de elementos de juicio que le permitan adoptar decisiones ajustadas al derecho.

⁴⁴ Ver declaraciones en Perú 21 y La República del 19 de noviembre de 2006.

Pero este último fallo fue apelado por la parte demandante (ALA-SC) y el caso subió también al Tribunal Constitucional (integrado ahora por nuevos miembros), que finalmente desestimó la opinión de la OMS, CMP, SPOG y otras instituciones acreditadas en salud y basándose en los insertos o prospectos de diversos productos –algunos tomados del vademécum de referencia comercial– e inclusive interpretándolos sesgadamente, sentenció a favor del Recurso de Amparo contra la distribución pública de la AOE ordenando al MINSA que se abstenga de desarrollar como política pública la distribución en los establecimientos de salud del estado (sin afectar expresamente la distribución farmacéutica). En consecuencia el nuevo TC del 2009, como se discute más adelante, modificó la posición del TC del 2006. Desde el punto de vista procesal, cabe añadir que la procuradora del MINSA que defendió esta causa era la misma que antes había defendido al Ministerio en la Acción de Cumplimiento con argumentos contrarios, lo cual contribuyó a que la posición del MINSA perdiera solidez.

Aquí cabe recalcar que la demanda inicial (2004) estaba planteada contra la distribución pública por parte del MINSA y no contra la distribución privada en las farmacias. Por lo tanto, el nuevo fallo del TC afectó directamente al ámbito público. La estrategia del demandante según declaración propia, era sentar un precedente en el ámbito público y luego ampliar la prohibición al ámbito privado o farmacéutico, hecho que aún no se ha producido. A la luz de los acontecimientos, esto denota una intención de vulnerar prioritariamente la distribución masiva gratuita y luego la particular, porque la primera podría ser mucho mayor mientras que la segunda estaría limitada por el escaso poder adquisitivo de la población y debería ser residual. Esto, como se mencionó anteriormente, afecta principalmente a las capas más pobres de la población que, además, es la más vulnerable en términos de embarazos no deseados o no planeados. Las razones de tal acción nunca han sido explicitadas por los detractores de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales tendrán que ser desentrañadas en el capítulo final.

4.9 La situación actual

Dado que la nueva sentencia del TC establece que el amparo es válido hasta que la autoridad competente establezca cabalmente que la AOE no es abortiva,

el ministro de Salud actuante en diciembre de 2009 –Dr. Oscar Ugarte– solicitó a la OPS/OMS y al Instituto Nacional de Salud (INS) que se pronuncien sobre las últimas investigaciones al respecto. El INS cumplió con presentar un recuento exhaustivo de las investigaciones publicadas más recientes, mas la OPS sólo entregó al MINSA una breve reseña ratificando que la AOE no es abortiva a la luz de estudios recientes y el ministro promulgó la RM N° 167-2010/MINSA disponiendo la distribución del método. Por otro lado, ALA-SC presentó un recurso exigiendo que el ministro acate el fallo. Este recurso recayó en 1ra instancia en el mismo juez (A. Zea) que atendió la causa en el 2004 quien, evidentemente, dispuso la anulación de la RM N° 167-2010/MINSA y conminó al ministro Ugarte a acatar plenamente el fallo del TC. El ministro Ugarte promulgó entonces la RM N° 652 que dispone que la Dirección General de Salud de las Personas y la DIGEMID se abstengan de realizar cualquier actividad sobre el uso de la AOE en concordancia con el fallo del TC. Sin embargo para entonces el estado carecía ya de existencias en inventario (las que le donó el UNFPA en el 2004 habían expirado y otro saldo que tenía se entregó a una ONG ante la sentencia del TC). En el caso de DIGEMID las expertas legales de Promsex (B. Ramírez e Y. Marín) señalan que la limitación correspondería a las adquisiciones de insumos y no debe afectar los registros sanitarios de los productos para la venta farmacéutica.

Por lo tanto la situación actual es de desabastecimiento del método en los servicios públicos para las mujeres más necesitadas y la multiplicación de marcas diversas en las farmacias para las mujeres con capacidad adquisitiva. Cabe mencionar que desde mediados del 2004 empezaron a lanzarse al mercado una diversidad de marcas comerciales de diferentes laboratorios y de diversos orígenes, desde países asiáticos (China, India y Pakistán) hasta versiones *blisteadas*⁴⁵ en países vecinos, por tratarse de una molécula que ya es de uso general al haberse vencido su protección de patente. Una vez que la marca original allanó el camino era previsible que aparecieran algunas copias genéricas, pero el éxito del líder en el mercado fue tal que el número de registros sanitarios a mediados del año 2010 ya excedía de cuarenta (40) copias. Este tema se retoma más adelante en el contexto del sector privado.

⁴⁵ Neologismo que designa al proceso de empaqueo de las tabletas en laminados o “blísters” de PVC aluminizado.

Otro aspecto relevante de este período es que estudios auspiciados por la OMS sobre la fármaco-cinética del compuesto arrojaron que tomando juntas las dos tabletas de levonorgestrel 0.75 mg, no se incrementaban los efectos secundarios (incluso bajaban estadísticamente), mejoraba la eficacia práctica (se eliminaba la falla por omisión de la segunda toma) y la concentración en sangre era similar. Basado en esos estudios los laboratorios europeos (que la OMS ha incluido en la Lista de Productos Medicinales Preseleccionados) lanzó una versión de una sola toma de 1.5 mg (equivalente a 0.75×2). La primera versión se lanzó en el Perú en octubre de 2005 con otra marca para evitar que se le endilgue el calificativo de doblemente abortiva y, aparentemente, la estrategia dio resultado porque literalmente pasó desapercibida. De manera que actualmente se disponen de dos versiones, la inicial de 0.75 mg en dos tomas y la nueva de 1.5 mg, pero únicamente en el sector privado comercial para las personas con poder adquisitivo.

Este extenso recuento hasta la situación actual es indispensable para entender la magnitud de la controversia pública y de las fuerzas en pugna. No obstante se trata de una apretada reseña, dado que existen muchos otros eventos vinculados sobre el intento de retirar el método a cualquier costo, como es el caso de las denuncias constitucionales contra los doctores Pretell y Mazzetti a nivel de comisiones parlamentarias, las denuncias ante el gobierno norteamericano por el uso de recursos de USAID por el Movimiento Manuela Ramos y la Defensoría del Pueblo en programas o publicaciones relacionadas de alguna forma con la AOE y hasta las dificultades para conseguir la renovación de los registros sanitarios tras extensas discusiones sobre aspectos formales o accesorios con los niveles responsables del registro, denotando los muchos intereses involucrados. Todas estas acciones tenían como denominador común hostigar el desarrollo del método no sólo en el ámbito público sino también en el privado y en los espacios políticos.

Lo anterior tiene una lógica particular en tanto el uso de los productos o “insumos” constituye un comportamiento concreto y presupone que un laboratorio privado obtuvo primero el respectivo Registro Sanitario, el cual es indispensable para que el producto en cuestión pueda ingresar al territorio nacional y luego ser comercializado (hasta el pago del IGV en la aduana es requisito para su posterior venta). Nótese que si no hay un producto específico

autorizado en el mercado, algunas veces no es posible ejercer el derecho de opción, por más que figure en el Petitorio Nacional (es decir en el listado de medicamentos considerados esenciales para la salud pública). De allí la conjunción de esfuerzos entre los profesionales de la salud y los laboratorios o droguerías, ya que ambos se necesitan en el mundo contemporáneo para prescribir un medicamento y contar con su disponibilidad, lo cual a veces no es comprendido por ciertas organizaciones sociales que recelan de lo mercantil como peyorativo, sin entender que también lo comercial cumple un rol en el ejercicio de los derechos reproductivos. Sin los registros y la logística pertinente ni los medicamentos donados serían aceptados por la autoridad aduanera. Los detractores saben esto y suelen levantar testimonios contra los medicamentos reduciéndolos a un tema mercantilista.

Nótese por lo tanto que la precaria vigencia del método es resultado de la especial coyuntura de un gobierno provisional, no controlado por las instituciones tutelares tradicionales y la acción conjunta de distintos sectores de la sociedad civil, desde profesionales de la salud y de la Defensoría, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones feministas, asociaciones civiles, funcionarios internacionales, empresas privadas y hasta organizaciones gremiales. Es decir que de no haber sido por la activa defensa del método desde distintos sectores de la sociedad civil, éste habría sido erradicado para aplacar la demanda de grupos más conservadores, tal como ha ocurrido parcialmente en los vecinos países de Ecuador y Chile como se discute más adelante. Consecuentemente, todo esto indica que hay otras razones detrás de lo aparente y atañe a la investigación social entender lo que ocurre.

Hasta aquí la secuencia del debate público se ha concentrado en los aspectos de salud reproductiva y biomédicos –que se presentan también más adelante– sin que los detractores reconozcan la validez de las evidencias presentadas y las opiniones de las instancias competentes (OMS, CMP, FLASOG y SPOG, entre otras). Inclusive, a nivel legal ha subsistido una enorme confusión entre los aspectos estrictamente jurídicos y las creencias personales, respetables por cierto, pero no pertinentes para evaluar políticas públicas de salud. Esto recalca que subyacen otros elementos o razones que son necesarios entender y rescatar. Por consiguiente en los capítulos siguientes primero se presentan las

posiciones institucionales y luego un marco conceptual que permita abordar el análisis de los discursos desde una perspectiva de la investigación social.

En el Cuadro 1 se presenta una línea de tiempo de resumen de la controversia.

Cuadro 1: Línea de tiempo de resumen	
2001	<ul style="list-style-type: none"> RM N° 399-2001 SA/DM PROMULGADA POR GOBIERNO DE TRANSICIÓN RD N° 13958/DIGEMID/DERN APRUEBA REGISTRO SANITARIO A POSTINOR 2
2002	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL SOLICITA OPINIÓN AL CMP SOBRE LA AOE CMP TRASLADA PEDIDO A SOCIEDAD P. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA SPOG CONTESTA RESPALDANDO AOE PERO MINSAL NIEGA RECEPCIÓN LANZAMIENTO DE POSTINOR 2 EN PERÚ COMITÉ DE DOCTRINA ENVÍA OTRO INFORME, PERO AMBIGUO CIUDADANAS DEMANDAN ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE RM 399 CARBONE ANTE COMISIÓN DE SALUD
2003	<ul style="list-style-type: none"> CMP Y SPOG RESPALDAN LA AOE EN AVISOS PUBLICADOS REGISTRO DE CONCEBIDO EN REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES VIDAL CONVOCA COMISIÓN DE ALTO NIVEL POR RS 007-2003 DICTAMEN DE COMISIÓN ALTO NIVEL (11/14) RESPALDA LA AOE
2004	<ul style="list-style-type: none"> ALA-SC DEMANDA AMPARO CONTRA DISTRIBUCIÓN PÚBLICA DE AOE APARECEN PRIMERAS COPIAS GENERICAS DE INDIA, CHINA Y PAKISTAN
2005	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL EMITE NUEVAS GUIAS NACIONALES RM 668 QUE INCLUYEN AOE OMS/WHO RESPALDA AOE EN BOLETIN MARZO 2005 (FACT SHEET).
2006	<ul style="list-style-type: none"> TC RESPALDA ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO POR DISTRIBUCIÓN AOE CSL DEBATE ACCION DE AMPARO CONTRA DISTRIBUCIÓN PÚBLICA
2007	<ul style="list-style-type: none"> CSL NO ARriba A FALLO Y REQUIERE VOTOS DIRIMENTES AMICUS CURIAE DE OPS Y CMP RESPALDAN AOE
2008	<ul style="list-style-type: none"> SE REQUIEREN MAS VOCALES PARA DIRIMIR FALLO CSL SENTENCIA A FAVOR DE AOE ALA-SC APELA FALLO Y PASA A TC
2009	<ul style="list-style-type: none"> NUEVOS AMICUS CURIAE DE OPS, UNFPA Y SPOG APOYAN AOE OPINIONES RECABADAS DE IGLESIAS PROTESTANTES RESPETAN AUTONOMÍA TC FALLA CONTRA DISTRIBUCIÓN PÚBLICA DE AOE
2010	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL PIDE OPINIÓN A OPS E INS PARA LEVANTAR PROHIBICIÓN MINSAL EMITE NORMA A INTERPRETATIVA ALA-SC DEMANDA CUMPLIMIENTO DEL FALLO POR MINSAL MISMO JUEZ DE 1ª INSTANCIA CONMINA A MINSAL BAJO RESPONSABILIDAD
2011	<ul style="list-style-type: none"> MINSAL DESISTE DE DISTRIBUIR AOE

Fuente. Elaboración propia

CAPÍTULO 5: LAS POSICIONES INSTITUCIONALES

En este acápite se reconstruyen las posiciones específicas de diversas instancias, sectores o instituciones que se han pronunciado públicamente sobre la píldora de anticoncepción de emergencia tomada ésta como centro del debate (el método como concepto abstracto fue cediendo espacios ante el producto que constituye un elemento concreto, sobre el que se ha presentado la controversia). En tal sentido, aquí se pretenden reconstruir las posiciones casi textuales pero ahora pasan a ser apreciadas teniendo que cuenta el contexto anterior de la política pública precedente. Asimismo, cabe advertir que se ha tratado de usar un lenguaje expositivo neutro, para una presentación más objetiva de las partes.

El debate público ha dado lugar a una serie de resoluciones, informes, cartas, oficios, declaraciones, pronunciamientos y hasta atestados judiciales en dos causas, una acción de cumplimiento y un recurso de amparo, el último de los cuales aún se ventilado en todas las instancias, hasta el Tribunal Constitucional. Se trata, sin embargo, básicamente de fuentes documentales primarias, y escasas fuentes secundarias de análisis del tema. Gran parte de la controversia se ha librado directamente en el Sector Salud, en el seno del Consejo de Ministros, la Comisión de Salud del Congreso de la República, en los medios periodísticos, incluida la radio y televisión nacionales, e inclusive en foros académicos. Pero existe poca bibliografía específica analizando el tema. Así pues el estado de la cuestión en este caso es en forma mixta, con una cierta profusión de fuentes primarias.

Debido a la extensión de los contenidos de las diversas posiciones, se las aborda tratando de darle un orden expositivo temático antes que cronológico y se insertan comentarios o énfasis del investigador. Dada la reiteración de frases para referirse indistintamente al método o al producto, se utilizan las iniciales de anticoncepción oral de emergencia (AOE), la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) o la denominación vulgar de píldora del día siguiente (PDS), de acuerdo al lenguaje que usan las fuentes originales. Desde luego, dicho lenguaje no es inocente y la denominación por sí misma conlleva significantes diversos. Los profesionales de

salud generalmente se refieren al método (AOE), las organizaciones activistas al producto (PAE) y los opositores –incluyendo la Santa Sede del estado Vaticano– a la PDS, acepción última que la asocia con otros fármacos no hormonales (como el mifepristone o el misoprostol que tienen usos obstétricos específicos, que afectan la gestación, pero que no es el caso abordar aquí, excepto para dejar constancia que trasunta una estrategia de confusión de unos productos por otros en el discurso de los opositores a la anticoncepción de emergencia, tanto aquí como en otros países vecinos).

5.1 La posición del Estado

Dado que el Estado es un conglomerado de dependencias y personas que integran el denominado sector público, el cual a su vez está dirigido por el gobierno en funciones, lo que prevalece en él son las normas que están vigentes y que reflejan una posición. Visto así, esa posición del Estado Peruano en el tema de la AOE está contenida en la resolución que incorporó el método, las guías nacionales vigentes, la resolución de la Defensoría del Pueblo y el informe de la Comisión de alto nivel que fue conformada para pronunciarse al respecto.

5.1.1 La Resolución Ministerial N° 399-2001 SA/DM [MINSA 2001]

Esta resolución amplió las normas de planificación familiar aprobadas por RM N°465-99 SA/DM del 22.09.99, incorporando en el literal C “Anticonceptivos orales” del título VIII Métodos anticonceptivos el numeral 3 “Anticoncepción oral de emergencia (AOE)”, introduciendo el método en la normatividad vigente.

5.1.2 Las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva, RM N° 668-2004 [MINSA 2004]

En las Guías Nacionales se define a la AOE como método de emergencia para prevenir un embarazo; que no reemplaza al uso continuado de otros métodos anticonceptivos. Establece como mecanismos de acción que: a) impide la ovulación; b) previene la fertilización por alteración del transporte de espermatozoides y óvulo; c) no altera el endometrio y d) no actúa como abortivo ya que no interrumpe un embarazo existente.

Estas guías reemplazaron a las anteriores (RM N° 465 y 399) y el método continuó vigente hasta la sentencia del Tribunal Constitucional, como se verá más adelante.

5.2 La posición de los detractores

Los detractores del método centran su posición en los atribuidos efectos abortivos del método, la defensa del derecho a la vida del concebido y la dignidad humana. Subyace en este discurso el control de la sexualidad y el cuerpo de la mujer, así como la limitación del sexo sólo para fines reproductivos. Aunque esta investigación no pretende ser enciclopédica, a continuación se recogen los escasos pronunciamientos formales encontrados sobre el tema. Dada además la controversia existente y la suspicacia de una tergiversación de los contenidos, estos se resumen con especial cuidado para reflejarlos de manera casi textual y se comentan al final.

5.2.1 La Declaración de la Santa Sede sobre la Píldora del Día Después [Pontificia Academia para la Vida, 2000]

Para el Vaticano, la llamada “*pillola del giorno doppo*”⁴⁶ (*píldora del día después*) salió a la venta en farmacias italianas siendo un conocido producto químico de tipo hormonal, frecuentemente presentado como un mero contraceptivo o más apropiadamente un contraceptivo de emergencia, para evitar la continuación de un embarazo no deseado. Para la Pontificia Academia para la Vida, la inevitable crítica de quienes tienen dudas sobre como funciona el producto, esto es como abortifaciente y no mero contraceptivo, han recibido como respuesta que parecería infundado que la píldora tenga un efecto antianidatorio, sugiriendo implícitamente una distinción entre aborto e intercepción (previniendo la implantación de un óvulo fertilizado).

La Academia siente la necesidad de ofrecer aclaraciones en el tema reafirmando su posición ética basada en información científica precisa respaldada por la doctrina católica. Añade que la píldora del día después (PDD en las próximas líneas⁴⁷ del pronunciamiento) es una preparación

⁴⁶ Nótese que la Pontificia Academia para la Vida usa la expresión Píldora del Día Después (PDD) en lugar del nombre científico Píldora Anticonceptiva de Emergencia.

⁴⁷ Las denominaciones de píldora del día después (PDD) o píldora del día siguiente (PDS) en español difieren ligeramente de la denominación vulgar en inglés como píldora de la mañana después (“*morning-after pill*”), pero

basada en hormonas (conteniendo estrógeno y progestágeno o sólo progestágeno) que, no más de 72 horas después de una relación sexual presumiblemente fértil, tiene una función anti-implantatoria predominante; i.e., previene la implantación de un blastocisto en la pared uterina alterando la pared misma. El resultado final será la expulsión y pérdida del embrión.

Sin embargo, la Declaración de la Academia menciona que sólo si la píldora es tomada varios días antes del momento de ovulación actuará a veces para prevenir lo anterior, reconociendo que en ese caso funcionará como un contraceptivo típico. No obstante afirman que la mujer que use este tipo de píldora en el temor de estar en su periodo fértil intenta causar la expulsión de un nuevo *conceptus*; sin saber exactamente su estado de fertilidad. Nótese que para ellos, la decisión de usar el término “óvulo fecundado” no debe llevar a una distinción valorativa artificial entre diferentes momentos del desarrollo de un individuo humano, en otras palabras, es útil por razones de descripción científica distinguir con términos convencionales, diferentes momentos de un mismo proceso no siendo nunca legítimo decidir arbitrariamente cual individuo humano tiene mayor o menor valor de acuerdo a su estado de desarrollo.

Añade la Academia que la probada acción antiimplantatoria de la PDD no es otra cosa que un aborto químicamente inducido. En su opinión no es consistente intelectualmente, ni justificable científicamente, decir que no se está tratando lo mismo. Más aún, para ellos está suficientemente claro que quien pide u ofrece la píldora busca la terminación directa de un posible embarazo en progreso, tal como en el caso de un aborto. Para la Academia es un hecho que el embarazo comienza con la fertilización y no con la implantación del blastocisto, como está implícitamente sugerido.

Consecuentemente para la Santa Sede desde el punto de vista ético los procedimientos abortivos son ilegales y esto también se aplica a la distribución, prescripción y toma de la PDD; y todos los que compartiendo o no cooperan directamente con este procedimiento, son moralmente responsables. La declaración del Vaticano contiene una consideración adicional respecto a la PDD que debe hacerse en aplicación de la Ley Nº 194/78, la cual en Italia regula los procedimientos y condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo. Para ellos, decir que la píldora es un

son todas formalmente inapropiadas ya que pueden usarse el mismo día de una relación sexual desprotegida sin necesitar esperar hasta el día siguiente; mas aún son más eficaces cuanto antes se usen.

producto antiimplantatorio en lugar del término abortifaciente, más transparente, permite evadir los procedimientos obligatorios requeridos por la Ley (entrevista previa, verificación de embarazo, determinación del estado de desarrollo, tiempo de reflexión, etc.), practicando una forma escondida de aborto y no registrada por institución alguna, todo lo cual está en contradicción directa con dicha Ley. Al final, como estos procedimientos se están difundiendo, la Academia del Vaticano urge a todos los que trabajan en este tema a ejercer una firme objeción moral de conciencia (*sic*), con coraje, que testimonie el valor inalienable de la vida humana, especialmente de las nuevas formas de agresión contra el individuo más débil e indefenso, como es el caso del embrión humano.

5.2.2 La Asociación de Testigos de Jehová

Mediante carta del 3 de diciembre de 2006 al Tribunal Constitucional la asociación señala que la Biblia establece que la vida de una persona empieza después de la concepción y una cristiana evitaría un anticonceptivo que impida el desarrollo del óvulo fertilizado. Si la AOE permite la fertilización pero evita la implantación es básicamente abortiva. Un indicativo de ello serían los embarazos ectópicos (fuera del útero) entre usuarias de AOE. La Biblia señala que cada persona lleva su propia carga de responsabilidad. En consecuencia, cada cristiano deberá resolver evaluando cuidadosamente el mecanismo de un anticonceptivo oral de emergencia.

5.2.3 La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días

Mediante carta del 2 de diciembre de 2006 al Tribunal Constitucional expresaron que si bien su iglesia no tiene una posición oficial tomada sobre la AOE, aconsejan a sus miembros que su uso sólo puede estar justificado bajo inusuales y extenuantes circunstancias, como el resultado de una violación, un incesto o para salvar la vida de la mujer. Añaden que la decisión de cuántos hijos tener o cuándo tenerlos es extremadamente íntima y privada (*sic*), correspondiéndole a los esposos y al Señor.

5.2.4 El Comunicado Bioético [Asociación de Bioética 2004]

Los firmantes consideran que la píldora del día siguiente (PDS en adelante) pone en juego valores humanos profundos. La PDS en el Perú

corresponde a preparados de estrógenos combinados con progestágenos (Yuzpe) y de un progestágeno sólo (levonorgestrel). Para la Asociación, la píldora tiene tres mecanismos interfiriendo con la ovulación, la función de los espermatozoides y la implantación en el endometrio. Por ello, sería impropio llamarla anticoncepción de emergencia, como si sólo evitara la unión de óvulo y espermatozoide. Consideran que la base científica es insuficiente y parcial. Respecto al protocolo de Yuzpe, jamás ha sido postulado que carezca del tercer mecanismo. Señalan que los estudios científicos no niegan que también interfieren con la implantación, equivale a impedir que el embrión desarrolle. Decir que la PDS no es abortiva porque no interrumpe un embarazo es un juego semántico. Consideran que tampoco se conocen bien los efectos adversos a largo plazo.

La Asociación de Bioética sostiene también que al no informar cabalmente se atenta contra el derecho de las personas a decidir en conciencia. La poca información acerca del impacto sobre embarazos no deseados y abortos no respalda la hipótesis que disminuiría éstos. Finalmente, para la Asociación la Constitución defiende la vida del nuevo individuo desde la concepción; por tanto, tiene un status anticonstitucional; en consecuencia el uso de la PDS constituye un acto muy grave.

5.2.5 Pronunciamiento sobre la píldora en Arequipa [Asociación Vida & Familia, 2006]

Esta asociación se pronuncia tras haberse dictaminado en dos instancias judiciales contra la distribución de la PDS y esperaban que próximamente se producirá un tercer fallo. Para ellos los grupos anti-vida aducen falsamente que no es abortiva y exponen argumentos con sesgo manipulador, definiciones ambiguas y escasa evidencia científica. Con el descubrimiento del genoma humano se demuestra que el inicio de la vida humana antecede a la implantación. Por lo tanto afirmar que la implantación da origen a una nueva vida no es científico, pues la implantación no agrega nada al mapa genético. La PDS equivale a 40 o 50 píldoras anticonceptivas estándar (*sic*) y produce cambios en el endometrio que provoca un efecto antiimplantatorio contra el recién concebido.

Para esta asociación el levonorgestrel 0.75 mg, principio activo de *Postinor 2*, provoca una reducción de los receptores de estrógeno y

progesterona del endometrio, induciendo al aborto. Consideran que los organismos nacionales que manifiestan que no es abortiva se basan en la OMS, que es un organismo político que promueve el aborto. Asimismo denuncian que se confunden términos porque el embarazo no es una enfermedad ni puede considerarse al embrión como un peligro para la salud pública. La constitución defiende la vida humana desde la concepción.

5.2.6 El Informe del Comité de Doctrina y Legislación del Colegio Médico del Perú - CMP [Patrick Wagner, 2002]

El Informe de sólo dos páginas recomienda cautela y prudencia en la prescripción de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y señala lo siguiente: 1) No están establecidos claramente los mecanismos de acción de la PAE. 2) Diversos estudios indican que puede inhibir o retrasar la ovulación. 3) Es posible que impida el transporte de espermatozoides y del óvulo. 4) Pueden impedir implantación del blastocisto, alterando el endometrio, pero las pruebas son confusas, no se sabe si las alteraciones bastan para impedir la implantación. 5) Las píldoras anticonceptivas de emergencia no interrumpen el embarazo, ni afectan al embrión.

5.2.7 Enfoque crítico desde la dignidad humana [Marcial Rubio Correa y César Fernández Arce, 2003]

Para el rector de la Pontificia Universidad Católica del Perú y representante alterno de la PUCP ante la Comisión de Alto Nivel, el más grande límite al desarrollo tecnológico es el propio ser humano dado que el hombre no es un medio sino un fin en sí mismo. El diccionario de la Real Academia Española establece que la vida es a) la fuerza interna sustancial mediante la cual obra el ser que la posee; b) carácter que distingue a los animales y vegetales de los demás seres; c) unión del alma y el cuerpo; d) existencia del alma después de la muerte. La dignidad de la persona es el rango de la persona como tal, que sólo la tienen los seres humanos. El documento distribuido entre los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica señala que la Constitución del Perú en su Art. 1º reconoce que "...La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado". Ese reconocimiento de la dignidad dentro de nuestro ordenamiento jurídico

significa que la persona humana es el centro de nuestra sociedad y como tal merece respeto, comenzando por el derecho fundamental a la vida. Cita al Código Civil Art. 1° “La persona humana es sujeto de derechos desde su nacimiento. La vida humana comienza con la concepción. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo”.

Asimismo el documento advierte que el diccionario de medicina Mosby (Ed. Océano) señala que “La concepción es a) comienzo del embarazo, en el momento que el espermatozoide penetra el óvulo; b) acto o proceso de fertilización; acto o proceso de creación de una idea o pensamiento”. Mas el máximo organismo internacional de salud, la OMS ha dado una nueva conceptualización del embarazo basándose en la teoría de la anidación. Tal panorama para el autor amenaza con ser desbastador.

Después de producirse la fecundación el embrión migra al endometrio donde, si no implanta, muere. Es precisamente esta última acción la que podría estar dando paso a técnicas abortivas al impedir el desarrollo del cigoto en la pared uterina. Con el medicamento el endometrio se atrofia parcialmente y crea un medio inadecuado para el cigoto, produciéndose su pérdida, la pérdida de la vida. Atribuyen al protocolo de análisis de Postinor 2 la acción farmacológica que dice: “Se cree que el Postinor 2 (levonorgestrel) actúa impidiendo la ovulación, la fecundación y la implantación. No es efectivo después de la implantación”. Por lo tanto la AOE estaría actuando como una suerte de abortivo. Aunque no se sabe si la vida comienza con la concepción no es moralmente permitido escoger lo que es posterior. En todo caso para el autor se aplica que “*Lex dubia non obligat, set in dubio facti abstine*”. En conclusión no debe legalizarse el empleo de la AOE pues trasgrede el derecho a la vida.

5.2.8 Debate confesional en torno a la AOE [García Trovato, 2005]

La AOE, levonorgestrel 0.75 mg, es presentada como un producto para prevenir el embarazo cuando el método anticonceptivo de uso regular ha fallado o se sospecha que puede haber fallado o después de una relación sexual sin protección. Se informa que puede actuar por: a) inhibición de la ovulación; b) inhibición de la movilidad de los espermatozoides; y c) inhibición de la implantación alterando el transporte del embrión hacia el útero y su anidación en el endometrio (aunque esto último no se

Menciona). Sin embargo, este último mecanismo constituye el punto más conflictivo, ya que implica la eliminación de un embrión recién concebido; en otras palabras produce un aborto temprano.

La AOE es una hormona de síntesis que contiene 0.75 mg de levonorgestrel, dosis cincuenta veces (sic) mayor a la existente en los anticonceptivos comunes. La AOE no inhibe la ovulación siempre. El efecto antianidatorio juega un papel decisivo. Los fabricantes usan términos de probabilidades como “se piensa”, “se cree”, “produciría”, etc. Los doctores S. Valenzuela de la Universidad de Chile, L. Jensen de la Pontificia universidad Católica (PUC) y P. Mena de la Universidad de los Andes, señalan que los estudios de científicos chilenos no resuelven que sea o no abortiva porque se trata de investigaciones en animales. En otras palabras no hay información científica suficiente.

Para la autora los mismos científicos citan estudios avalados por la Agencia de Drogas y Alimentos (FDA en inglés) que uno de los mecanismos impediría la implantación. Los laboratorios Grunenthal y Recalcine reconocen ese efecto lo mismo que el inserto de *Plan B* y *Postinor 2*. En todos los países donde el aborto es legal se ha cambiado la definición de embarazo. Añade que se confunde a la opinión pública presentando al embarazo como si éste diera lugar a un nuevo ser, cuando en realidad es el nuevo ser el que da origen al embarazo. Para ella se ha recurrido a recomendaciones de la OMS, pero esas son sólo recomendaciones y la OMS ha sido objeto de muchos cuestionamientos. Finalmente, en su opinión el efecto antianidatorio es una posibilidad aún no descartada.

5.3 Las posiciones en favor del método

Quienes defienden el método por su parte, rebaten el carácter abortivo atribuido a éste y la defensa al derecho a optar por métodos anticonceptivos modernos basados en el conocimiento científico. Dicho conocimiento sin embargo no es estático y en los últimos años ha variado ostensiblemente respecto al posible efecto sobre el endometrio para impedir la implantación de un óvulo ya fecundado. Los estudios farmacéuticos anteriores al año 1998 mencionan el efecto endometrial pero las investigaciones clínicas posteriores al año 2000 lo descartan o relativizan. Muchos de esos estudios inclusive señalan que deben realizarse más investigaciones, en tanto el conocimiento científico es

acumulativo y los sucesivos estudios deben confirmar o descartar aspectos no cubiertos cabalmente por ellos. Sin embargo, basados en los avances realizados hasta mediados de la década del 2000, los científicos se pronuncian respecto a las evidencias halladas y éstas no han detectado un efecto antianidatorio. Es decir que los defensores del método basan su opinión en los estudios más recientes, como se aprecia a continuación. También en este caso para evitar un sesgo atribuible al autor, se resumen los argumentos tratando de mantener su contenido esencial.

5.3.1 La Resolución Defensorial N° 040-2003/DP [Defensoría del Pueblo, 2003]

Esta importante resolución fija posición al recomendar al MINSA que distribuya la AOE en cumplimiento de la RM 399-2001 SA/DM, brindando información a las usuarias del Programa Nacional de Planificación Familiar; asimismo que se edite y distribuya un nuevo manual de normas de Planificación Familiar (PF). Recomienda también orientar a las personas interesadas en tanto el MINSA no cumpla con lo señalado en el párrafo anterior evalúen la posibilidad de interponer una acción de cumplimiento. Encomienda a la Defensora Adjunta para los derechos de la mujer el seguimiento de esta resolución. Finalmente, recomienda incluir la presente resolución en el informe anual de la Defensoría al Congreso.

5.3.2 El Informe Defensorial N° 78 [Defensoría del Pueblo, 2003]

La Defensoría arriba a las siguientes conclusiones:

- 1) La AOE fue incorporada a las Normas de PF mediante RM N° 399-2001 SA/DM de 13 Jul.01. Hasta la fecha no se ha cumplido con implementarla.
- 2) La AOE está definida como el método anticonceptivo que puede ser usado después de haber tenido una relación sexual sin protección, cuando el método anticonceptivo ha fallado o después de una violación sexual, con la finalidad de evitar un embarazo no deseado.
- 3) La RM N° 399-2001 no incluye la *RU-486*, un compuesto no hormonal de mifepristone, que usado en altas dosis induce el aborto.
- 4) Existen dos regímenes hormonales de AOE: el régimen combinado (Yuzpe) que consiste en píldoras que contienen estrógeno y progestágeno y el régimen sólo de progestágeno.

- 5) Define el embarazo como un proceso gradual que no se inicia inmediatamente después de producida la relación coital. Antes de la implantación no es posible tener certeza sobre la existencia del embarazo.
- 6) Los mecanismos de acción de la AOE son similares a los demás métodos anticonceptivos hormonales. El método Yuzpe o régimen combinado actúa inhibiendo la ovulación, dificultando la migración espermática y afectando levemente el endometrio, pero sin impedir la implantación. Por lo tanto tampoco es abortivo.
- 7) La AOE de píldoras de sólo progestágeno actúa inhibiendo o retrasando la ovulación y alterando la migración espermática. No se ha probado que tenga efecto alguno sobre el endometrio.
- 8) De acuerdo a la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), así como la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), el embarazo se inicia con la implantación o anidación. Desde el punto de vista penal es sólo a partir de éste momento que puede producir el delito de aborto. En consecuencia como la AOE actúa antes de la fecundación, su uso carece de relevancia penal.
- 9) Está demostrado que la AOE tiene una efectividad promedio del 75%.
- 10) Las píldoras anticonceptivas regulares pueden también ser usadas como AOE pero en diferentes dosis (método Yuzpe).
- 11) Quienes han manifestado su oposición a la implementación de la RM N° 399 argumentan que el inserto de *Postinor 2* señala que actúa impidiendo la ovulación, fecundación y la implantación. El fabricante Gedeon Richter Ltd. sostiene que a la luz de los últimos estudios *Postinor 2* actúa inhibiendo o retrasando la ovulación e impidiendo el transporte espermático, además la dosis administrada no produce ninguna alteración en la receptividad endometrial.
- 12) La restricción en el acceso de la AOE constituye un asunto de salud pública.
- 13) La AOE es un método anticonceptivo efectivo y seguro, reconocido por la OMS, así como por el Colegio Médico de Perú y la SPOG.

5.3.3 El Informe Científico Médico y Jurídico [Comisión de Alto Nivel RS N° 007, 2003]

La Comisión concluyó que: 1) La evidencia científica actual ha establecido claramente que los mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal

oral de emergencia (*sic*) impiden o retardan la ovulación e impide la migración de espermatozoides por espesamiento del moco cervical; por lo tanto actúan antes de la fecundación. 2) Se ha probado que tales mecanismos no tienen acción adversa alguna sobre el endometrio, por lo que no se puede asignar un efecto abortifaciente a la AOE. 3) La AOE incorporada a las Normas de PF mediante RM N° 399-2001 SA/DM, posee pleno sustento constitucional y legal. 4) La disponibilidad de la AOE en los servicios del MINSA para la población de menores recursos debe ser libre, voluntaria e informada, idéntica a la ofrecida a usuarias de mayores recursos en las farmacias privadas con el correspondiente registro sanitario.

5.3.4 La posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Recomienda como AOE el régimen de 1.5 mg de levonorgestrel, en una dosis única. Señala como mecanismo de acción que las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel han demostrado prevenir la ovulación y no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (recubrimiento uterino) o en los niveles de progesterona, cuando son dadas después de la ovulación. Las píldoras anticonceptivas de emergencia no son efectivas una vez que el proceso de implantación ha comenzado y no causarán un aborto. La Declaración se basa en la revisión de cinco estudios publicados en connotadas revistas médicas (*Contraception*, *The Lancet* y *Obstetrics and Gynecology*) entre los años 2001 y 2004, así como dos guías de la propia OMS sobre uso de métodos anticonceptivos. Esta declaración reemplaza y corrige a la anterior guía de Anticoncepción de Emergencia de 1997 de la misma OMS, que admitía la hipótesis del efecto endometrial aunque señalaba que la evidencia médica no era concluyente. No obstante, los detractores del método han mantenido esa hipótesis como vigente e inamovible.

5.3.5 La Declaración del CMP sobre la AOE [Colegio Médico del Perú]

El Consejo Nacional del CMP acordó pronunciarse acerca de la AOE estableciendo que: a) la AOE constituye un método recomendado por la OMS; b) la AOE, cuyo uso está autorizado actúa alterando el transporte del óvulo y la migración de los espermatozoides a través de las trompas para evitar a fecundación del óvulo; c) un tercer mecanismo

principalmente para el caso de las píldoras combinadas que impediría la implantación del óvulo fecundado, las evidencias científicas son aún controversiales y d) la AOE puede reducir hasta en 85% la posibilidad de un embarazo no deseado. La AOE no debe ser usada como método regular. Al prevenir embarazos no deseados puede contribuir a una reducción significativa de los abortos. La suspensión de la AOE de las normas de PF afecta principalmente a las mujeres pobres que no tendrían acceso a ese método.

5.3.6 El Comunicado de SPOG [Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 2003]

Manifiesta su respaldo a los conceptos de OMS, la Federación Internacional (FIGO) y la Federación Latinoamericana (FLASOG) que la gestación comienza con la implantación y no la fertilización puesto que gran parte de los óvulos fecundados no llegan a implantarse en el útero por razones fisiológicas. En relación a la AOE se reafirma que esta debe ser implementada y formar parte de los métodos de Planificación Familiar, en concordancia con evidencias científicas recientes que han establecido que actúa impidiendo la ovulación y la fertilización; no tiene por tanto un efecto abortivo.

5.3.7 Instituto Nacional de Salud (INS)

El INS realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada en las bases bibliográficas *Medline* y *Cochrane*, identificando 440 artículos sobre los mecanismos de acción de la AOE, de los cuales 17 son estudios originales y 9 son revisiones de literatura, determinando que el principal mecanismo de acción es la inhibición o retraso de la ovulación; que no se han demostrado alteraciones morfológicas ni moleculares en el endometrio que puedan interferir con la implantación del huevo (sic) fecundado; y, que afecta la capacidad de migración de los espermatozoides. La nota técnica concluye que no existe evidencia científica actual disponible que sustente que el uso de levonorgestrel como Anticonceptivo Oral de Emergencia sea abortivo [INS, 2010: 3].

La incorporación de la AOE en el Perú, tal como ha ocurrido en otros países vecinos, ha generado un debate inagotable que indica que lo que está en

discusión no son sólo los controvertidos mecanismos de acción del método. Los distintos actores sociales, incluido el estado, han abordado en diversas oportunidades el tema con seriedad esgrimiendo cada cual sus argumentos al respecto. Sin embargo no ha sido posible arribar a una solución de consenso. Los detractores del método han acusado a éste de ser abortivo, pero no han podido presentar pruebas contundentes apoyadas en evidencia con rigor científico. Por el contrario se han esmerado en tergiversar la información. Por ejemplo en algunas de las declaraciones anteriores se menciona que las dosis de AOE equivalen a 40 o 50 píldoras de uso regular, lo cual es una falacia. Las píldoras estándar de rutina recomendadas por la OMS contiene 0.15 mg de levonorgestrel y 0.03 mg de estradiol⁴⁸, es decir 0.18 mg en total. Como la AOE de dos tomas contiene 0.75mg de levonorgestrel, un simple cálculo indica que equivalen a 4 píldoras de uso regular ($0.75 / 0.18 = 4.2$) y no 40. Asimismo, si sólo consideramos el contenido de levonorgestrel equivaldrían a 5 ($0.75 / 0.15 = 5$) y no 50. Lo que ocurre es que los detractores utilizan para el cálculo otras píldoras para mujeres dando de lactar (que contienen 0.075 mg de norgestrel), pero esas no son de uso regular; es decir que simplemente confunden la información politizando el tema (la táctica de *mente que algo queda*).

Los defensores del método por su parte han presentado una amplia gama de investigaciones que respaldan la opinión que no existen impactos posteriores a la fecundación / fertilización que justifiquen calificarlo como abortivo. El resumen presentado es bastante claro al respecto. Sin embargo los detractores del método no han aceptado argumentos racionales y han mantenido una posición irreducible.

Esta discusión no solamente se ha presentado en el Perú y demás países latinoamericanos, sino también en los Estados Unidos y Europa, en tanto la anticoncepción de emergencia se entrega tanto en los hospitales públicos como en clínicas y hospitales privados, incluyendo algunos regentados directamente por congregaciones religiosas u organizaciones afines, de conformidad con la legislación de cada país. Al respecto cabe resaltar que en los últimos meses de 2009 se presentó un intenso debate entre los hospitales católicos del nordeste de Estados Unidos y representantes de la Conferencia Episcopal Norteamericana, según dieron cuenta diversos medios católicos como la

⁴⁸ La lista de Medicamentos Esenciales de la OMS comprende a las píldoras combinadas que contienen las versiones sintéticas de un estrógeno (etinil estradiol) y un progestágeno (levonorgestrel).

Catholic Health Association (CHA). Esta asociación encargó un esclarecedor artículo al Dr. Ron Hamel sobre las implicancias éticas del uso de la píldora anticonceptiva de emergencia (*Plan B* en EUA) en los hospitales católicos y luego de una exhaustiva investigación de la literatura médica de la Revista Bioética Católica Nacional señala que la evidencia acumulada no indica que impida la implantación de un óvulo fertilizado, tampoco provoca embarazos ectópicos (la tasa de *Plan B* es 1.02% mientras el promedio nacional es 1.24%); no presenta alteraciones morfológicas del endometrio ni produce malformaciones fetales. Pero además señala que en la tradición moral católica la certidumbre moral requiere la exclusión razonable de la posibilidad de error antes que la certeza absoluta. En otras palabras los hospitales católicos continúan recetando *Plan B* de 1.5 mg levonorgestrel para prevenir la ovulación, impedir la capacitación espermática y evitar la fertilización en casos de violación porque en términos generales hay una certeza moral de que el embrión no será destruido. Mas si existe un caso de duda si la mujer ya ovuló y podría haber la presencia de un embrión, el hospital puede aplicar un test de hormona luteinizante (que indica la ovulación), porque en tal caso la certidumbre moral requiere la exclusión razonable de la posibilidad de error [Hamel, 2009: 4]. Pero el método es elegible y no está prohibido.

De lo anterior se desprende una vez más, que lo que está en discusión es el derecho de las personas a optar por métodos modernos de mayor confiabilidad que los tradicionales basados en el conocimiento de los períodos fértiles e infértiles. Esos métodos permiten separar la sexualidad de la reproducción y el ulterior desarrollo autónomo de la mujer. El tema de fondo está en los aspectos ético-morales mencionados por algunos autores, respecto al ejercicio de la sexualidad humana, lo cual es en sí mismo un debate sin fin.

La AOE es la más reciente entre las píldoras y por ende la más vulnerable. Por eso es una especie de chivo expiatorio cuya eliminación sería un importante antecedente en la pretensión de anular el resto de métodos hormonales. Visto así, la denuncia no probada sobre los atribuidos mecanismos de acción no sería más que una excusa para mantener el debate o evitar que se cierre y tengan que aceptar un nuevo orden social con derechos consolidados. En el siguiente acápite se analizan los argumentos específicos sobre el tema de los mecanismos de acción, que permite ampliar y esclarecer lo dicho en los

capítulos precedentes con mayor nivel de profundidad en los aspectos biomédicos y jurídicos.

5.4 La discusión biomédica de los mecanismos de acción

Retomando el tema central de la investigación la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), se define como un método hormonal que se utiliza después de haber tenido una relación sexual no protegida, cuando hay una falla del método usado o se han tenido relaciones no consentidas, con la finalidad de prevenir un embarazo [Croxatto y Diaz, 2006: 1]. Es decir que se trata del único método moderno post-coital autorizado, para casos de emergencia (no es un método de rutina), que debe usarse antes que transcurran 72 horas luego de producida la relación sexual desprotegida.

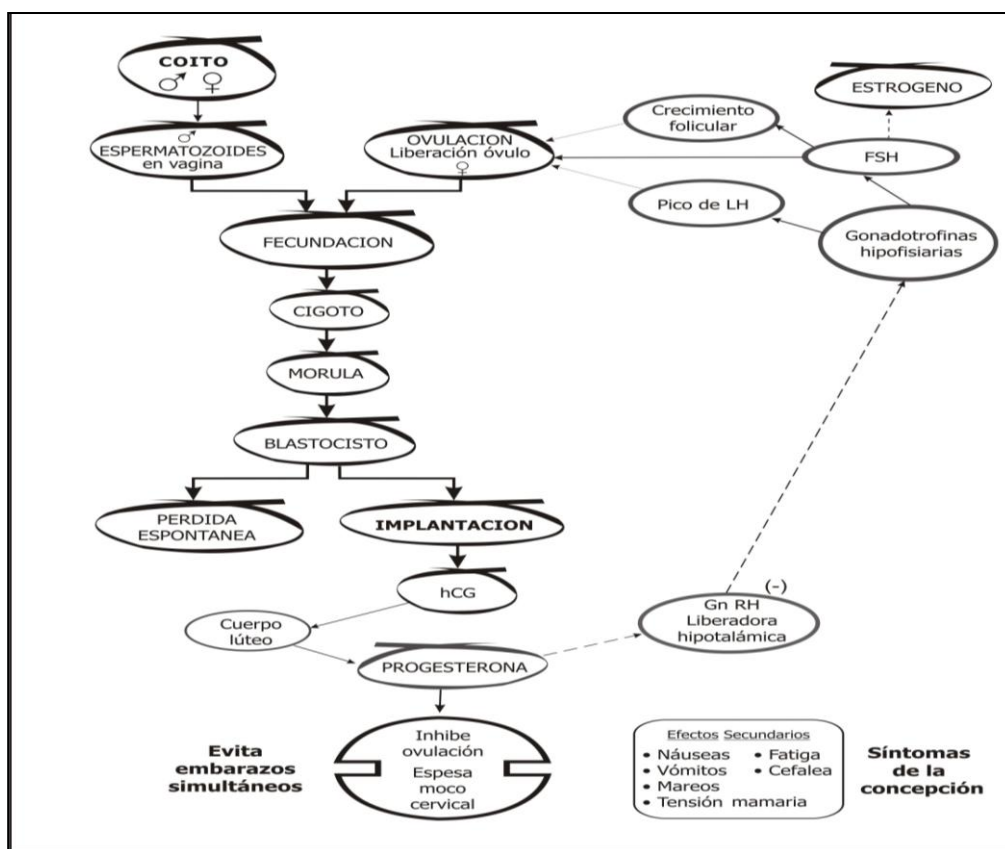
La precisión de que se trata de un método hormonal debe entenderse en el sentido que está formulado en base a versiones sintéticas de las mismas hormonas que produce el ovario de la mujer, como es el caso de los progestágenos⁴⁹. El *levo-norgestrel* que se usa en las píldoras de uso dedicado es un progestágeno o progestina de segunda generación que también se usa en píldoras de uso rutinario, recomendadas por la OMS. También debe precisarse que la definición anterior excluye a los compuestos no hormonales (como el *mifepristone* o "*RU-486*"⁵⁰, que se considera una anti-progesterona). Como se discute a lo largo del documento, todas estas aclaraciones son pertinentes para la discusión de los mecanismos de acción y la inclusión del método en las políticas de salud reproductiva. La *RU-486* sí afecta al endometrio al bloquear la acción de la progesterona y también ha sido usada en la China como anticonceptivo de emergencia, lo cual motiva que los detractores vinculen ambos fármacos como si fueran lo mismo y confundir así a la opinión pública. Al respecto una reciente investigación clínica comparó específicamente el *levonorgestrel* con el *mifepristone* mediante cultivos tridimensionales de endometrio y mostró que mientras el primero permitió la implantación de óvulos fecundados, el segundo la bloqueó [Lalitkumar, 2007: 5].

⁴⁹ A los progestágenos o progesterona sintética también se le denomina como *progestinas* en las farmacopeas.

⁵⁰ Este compuesto es muy conocido también por su código del fabricante original, Lab. Roussel Uclaf.

Cabe aquí profundizar en el tema de las hormonas que intervienen en el embarazo para entender el intrincado proceso de anovulación. En el gráfico 7 de APPRENDE sobre la concepción, se muestra el complejo sistema de las hormonas ováricas, la secuencia de eventos a partir del coito, la unión de gametos (óvulo y espermatozoide), el desarrollo del embrión hasta la implantación del óvulo fecundado y la retro regulación de las gonadotropinas hipofisarias (señaladas como FSH y LH en el gráfico) necesarias para la ovulación⁵¹. Aunque parezca intrincado, este gráfico tiene la virtud de mostrar que el embarazo no es “instantáneo” sino que comprende varios momentos concatenados en un complejo proceso.

Gráfico 7: El Proceso de la Concepción



Fuente. APPRENDE

Es decir que la ovulación, la fecundación y la implantación no son simultáneas al coito como se creía hasta mediados del siglo XIX, sino que son parte de un proceso y por ende existen varios mecanismos de acción que la ciencia ha ido

⁵¹ Sin la hormona foliculo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) no es posible que ocurra la ovulación, por lo cual una consecuencia de la gestación es la acción anovulatoria (las mujeres embarazadas no siguen embarazándose mientras tengan una gestación en curso).

desentrañando no solamente en la búsqueda de métodos anticonceptivos más eficaces y confiables, sino también a través del desarrollo de la fertilidad asistida, lo que guarda otras implicancias como se ha ya mencionado.

Respecto a los mecanismos de acción declarados de la píldora de emergencia, la primera de ellas lanzada al mercado en el Perú⁵² es del laboratorio Gedeon Richter Ltd. de Hungría, fabricante de la primera versión registrada ante la agencia FDA de los Estados Unidos⁵³, la cual estableció las características para las demás versiones de este tipo. La literatura, prospecto o inserto vigente del producto señala como acción farmacológica textualmente lo siguiente:

“Postinor 2 (levonorgestrel) a la dosis recomendada inhibe la secreción de las gonadotropinas de la hipófisis anterior; de este modo actúa impidiendo o previniendo la ovulación y la maduración folicular. Asimismo tiene acción anticonceptiva a través de otro mecanismo interfiriendo con el transporte espermático por espesamiento del moco cervical. Consecuentemente previene la fecundación y la implantación en el ciclo luteal. Por el contrario no es eficaz una vez iniciado el proceso de implantación.”

Aquí cabe aclarar que la gonadotropina de la hipófisis a la que se refiere el inserto de *Postinor* es la denominada “Hormona Luteinizante” o LH, cuyo pico provoca que el folículo (que contiene al óvulo) se abra. De manera que si el levonorgestrel inhibe el pico de LH no hay ovulación ni los eventos posteriores que se producen en cascada (no habrá fecundación ni, consecuentemente, un óvulo por implantar). Esta afirmación es totalmente coherente con el Boletín Informativo emitido por la OMS (Organización Mundial de la Salud o WHO por sus iniciales en inglés) en marzo de 2005⁵⁴ y reiterado en octubre del mismo año, que textualmente dice:

“Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAEs) de levonorgestrel han demostrado prevenir la ovulación y que no tienen un efecto detectable sobre el endometrio (recubrimiento uterino) o en los niveles de progesterona, cuando son dadas después de la ovulación. Las PAEs no son efectivas una vez que el proceso de implantación ha comenzado y no causarán un aborto.”

De ambos textos se desprende que los mecanismos de acción establecidos son dos:

- 1) Inhiben o retrasan la ovulación; e,
- 2) Interfieren con la migración de espermios por espesamiento del moco cervical.

⁵² Postinor 2 comercializada mediante Registro Sanitario N° 14208 de 17 de diciembre de 2001, renovado en diciembre 2006.

⁵³ El mismo producto en el mercado norteamericano se vende como “Plan B” 0,75 mg. Levonorgestrel.

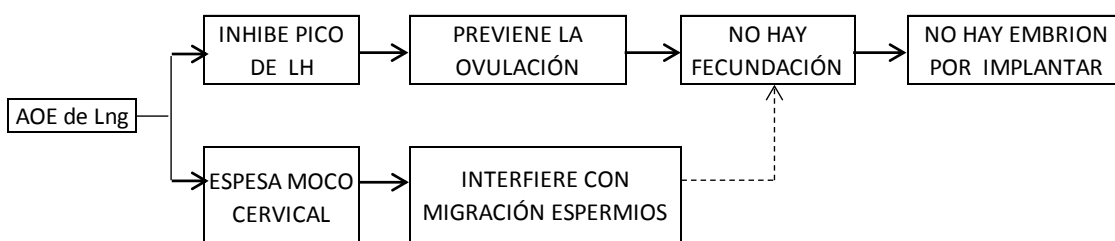
⁵⁴ World Health Organization: Fact Sheet. March 2005 (reeditada en octubre del mismo año, sin modificaciones).

Los dos mecanismos actúan en forma combinada para prevenir la unión del óvulo y los espermios, es decir que actúan “antes” de la fecundación o fertilización (cuando no es posible detener o postergar la ovulación y tampoco la migración de los espermatozoides, estamos ante una falla del método, en cuyo caso el proceso seguirá su curso). Asimismo, nótese que al prevenir la ovulación, no habrá fecundación y sin ésta es obvio que no habrá implantación tampoco, porque no hay nada que implantar. Entiéndase que estos son eventos subsecuentes y si no ocurre el primero no pueden ocurrir los siguientes. Por eso el inserto del producto mencionado dice “consecuentemente...”. Si no hay embrión obviamente no puede haber un efecto abortivo:

Sin ovulación → No hay fecundación → No hay óvulo fecundado por implantar.

Y en el Gráfico 8 se presenta esta secuencia.

Gráfico 8: Mecanismos de acción según inserto



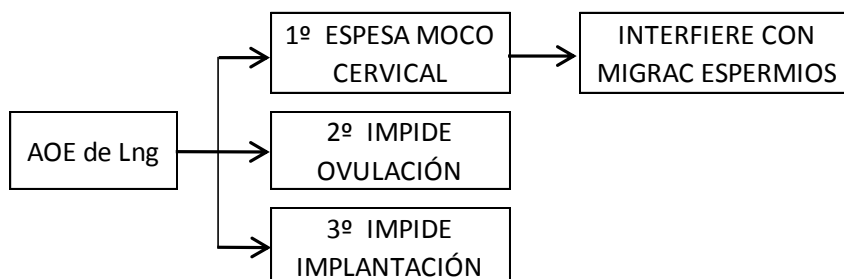
Fuente. Elaboración propia

El enunciado de OMS aclara además que no hay un “tercer efecto” detectable sobre el endometrio y que tampoco des-implanta a un embrión, por lo que no hay efecto abortivo. La eficacia promedio es de aproximadamente 75%⁵⁵. Es decir que en caso de falla del método (25% aproximadamente), el embarazo proseguirá de acuerdo a sus propias posibilidades⁵⁶. Sin embargo los detractores sostienen que son tres mecanismos de acción simultáneos como se aprecia en el Gráfico 9.

⁵⁵ Según estudios auspiciados por la OMS / WHO

⁵⁶ Existen pérdidas espontáneas por diversas causas no atribuibles a la acción humana; en condiciones normales un alto porcentaje de óvulos fecundados se pierden por un proceso selectivo natural.

Gráfico 9: Mecanismos de acción según los detractores



Fuente. Elaboración propia

Nótese que los detractores creen que los tres efectos son paralelos, complementarios y forzosos. Si así fuera, entonces el método no tendría falla o ésta sería mínima (lo cual es inexacto) y, en el caso de uso reiterado, la falla sería prácticamente nula (lo cual tampoco es cierto y por el contrario, la falla aumenta). Esto indica que los detractores parecen negar que la fecundación es un proceso complejo, prolongado (ellos propugnan que es casi instantánea) y escalonado, dependiendo del momento de la ovulación respecto a la ocurrencia del coito (detalle que suelen rehuir).

El siguiente gráfico ilustra la cascada de eventos cuando se utiliza el método hormonal de emergencia contrastado implícitamente respecto a la situación en ausencia de un anticonceptivo hormonal:

Gráfico 10: Modo de acción en cascada



Fuente. APPRENDE

No obstante los detractores del método insisten en que sí existe un “tercer efecto” y todo lo anterior es sólo un juego de palabras. Para ellos la “concepción” es instantánea (nótese que no hablan de fecundación o fertilización, que son los términos médicos) y para ellos la píldora por un lado espesa el moco cervical (primer efecto), para dificultar el ascenso de espermios y en caso de fallar, interferirá con la ovulación (segundo efecto), pero cuando no lo logra entonces dificulta la fecundación y si tampoco lo consigue, altera al endometrio (tercer efecto), de manera que éste no sea receptivo e impida la implantación de un óvulo que ya está fecundado y, por lo tanto, afectaría a un concebido con derecho a la vida, garantizada por la Constitución, por lo que existiría un efecto potencialmente abortivo. Ese tercer efecto (sobre el endometrio) estaría revelado por la agencia FDA (Food and Drug Administration en inglés), en la Farmacopea Americana⁵⁷ y para ello la OMS no lo descarta completamente al señalar que el efecto “no es detectable”, lo cual no niega que podría detectarse en un futuro mediano y sólo así se explicaría la alta eficacia del método. Para ellos el tercer efecto además está reconocido por los fabricantes de “*Plan B*” ante la FDA y figura las guías iniciales de año 1999 de la OMS.

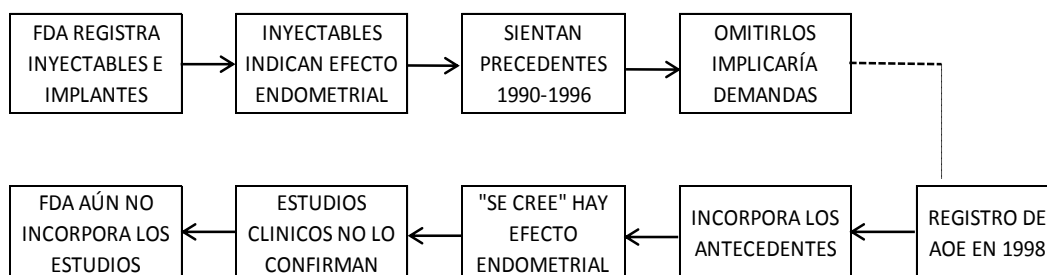
Con respecto a la posición de la FDA se debe precisar que es una agencia del gobierno norteamericano para registro de medicamentos y no una institución científica; es decir que la FDA no conduce investigaciones y su farmacopea consigna principalmente la información que proveen los propios laboratorios al registrar los medicamentos, según sus propias investigaciones, que al ser admitidas por la FDA pasan a ser referentes. Para evitar potenciales demandas por efectos no revelados, los laboratorios suelen comprender en estas referencias las hipótesis sobre posibles efectos, quedando así registradas en la farmacopea.

Revisando lo que está consignado sobre efectos en el endometrio, la 26ta Edición de la Farmacopea Americana (USP-DI) de 2006 en el capítulo correspondiente a las Progestinas / Efectos / Contraceptivos (sistémicos) señala que “...Los efectos contraceptivos de la progestina se obtiene a través de otros mecanismos que resultan en la interferencia con la fertilización e implantación en el ciclo luteal, tales como el espesamiento del moco cervical y cambios en el

⁵⁷ Conocida como United States Pharmacopeia – Drug Information o sus iniciales USP-DI

endometrio”. Pero las ocho (8) citas bibliográficas de este párrafo⁵⁸ corresponden a otros progestágenos de baja dosis usados a largo plazo, que no es el caso de la AOE. Todas las citas concretamente se refieren a progestágenos usados en inyectables (medroxi-progesterona), implantes subdérmicos (Norplant) y otras aplicaciones; se trata por lo tanto de efectos hipotéticos incluidos por analogía. Todos estos estudios o prospectos corresponden a investigaciones realizadas entre 1993 y 1996⁵⁹. Ni una sola de las referencias corresponde a la píldora de AOE, porque ésta fue desarrollada posteriormente. Nótese además que todos los productos de las ocho referencias implican el uso de progestinas en baja dosis y a largo plazo, mientras que la AOE es de alta dosis y uso puntual (aún en la eventualidad de uso reiterado). Sin embargo los laboratorios respetan el precedente de la USP-DI y lo incorporan en su prospecto como una posibilidad, para evitar demandas por ocultamiento de información, según se esquematiza en el gráfico 11.

Gráfico 11: El hipotético tercer efecto en la AOE



Fuente. Elaboración propia

Esta misma hipótesis sirvió de base para la primera guía de AOE de la OMS en 1999, que literalmente decía: *"No se ha establecido claramente el mecanismo de acción de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Varios estudios indican que puede inhibir o retrasar la ovulación. También se ha pensado que pueden impedir la implantación (del blastocisto), alterando el endometrio. Sin embargo las pruebas sobre estos efectos endometriales son confusas y no se sabe si las alteraciones observadas en algunos estudios bastan para impedir la implantación..."*⁶⁰. Desde luego este ambiguo texto no aclaraba mucho en 1999, pero fue acogido con alarma por los detractores del método – encabezados por la Pontificia Academia para la Vida de la Santa Sede– y ante

⁵⁸ Mecanismos de Acción, pág. 2515.

⁵⁹ La bibliografía disponible en línea por la web para las agencias de registro se puede ver en www.uspdi.micromedex.com o en www.drugs.com/mmx/hydroxyprogesterone-caproate.html; ver copia de pantalla en Anexo 16.

⁶⁰ Guía para la prestación de servicios de Anticoncepción de Emergencia de OMS de 1999, pág 20.

la reacción que generó a partir del año 2000, motivó una serie de investigaciones específicas sobre los mecanismos de acción.

Algunas de esas investigaciones se realizaron en el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) bajo la presidencia del médico Horacio Croxatto, ex-catedrático emérito de reproducción humana en la Pontificia Universidad Católica en Santiago⁶¹ y también catedrático asociado en la Universidad de Chile. Una de esas investigaciones conducidas por María Elena Ortiz, bióloga de la PUC de Chile e ICMER, ha sido particularmente decisiva para descartar los efectos posteriores a la fecundación en el uso del levonorgestrel (Lng). Se trata de un estudio experimental doble ciego en monas cebus apella –algunas provenientes de la amazonía peruana- con un ciclo menstrual similar al de la mujer. El objetivo del estudio era evaluar los efectos del Lng dado en dosis homólogas a la dosis como AOE en mujeres. Este fármaco sólo inhibió o postergó la ovulación cuando el tratamiento coincidió con un diámetro folicular menor a 5mm, es decir cuando la ovulación no era inminente. Cuando ésta era inminente (más de 5mm), o ya había ocurrido la fertilización, el fármaco no tuvo efecto alguno, por lo que la tasa de preñez fue idéntica en los ciclos tratados con Lng respecto a los tratados con placebo. Las hembras preñadas fueron tratadas con mifepristone para abortar y reingresarlas al estudio, luego de un ciclo de descanso, de manera que contribuyeran con dos ciclos con Lng y dos con placebo, al azar. A pesar que la metodología no es extrapolable⁶², da luces de lo que sucede en ciclos hormonales humanos. Los resultados de este estudio son una de las evidencias más fuertes de que no existe un efecto antianidatorio aunque las monas, cuyo hábito de apareo coincide con la ovulación, resultan preñadas cuando se administra el fármaco después que el folículo alcanza un cierto diámetro (en su caso los 5mm) y la ovulación es inminente.

Por otras investigaciones del mismo equipo, se sabe que el diámetro crítico en el folículo de la mujer es de 18mm. Si el levonorgestrel se toma cuando el folículo ovárico supera ese diámetro la ovulación no se puede evitar y el embarazo es inminente (se produce una falla del método) y proseguirá de acuerdo a sus propias condiciones. Es decir, que no está científicamente

⁶¹ Croxatto perdió la cátedra por defender las investigaciones de ICMER, que entonces trabajaba en convenio con la facultad de medicina de esa universidad.

⁶² No se podría conducir una igual en mujeres por razones éticas (como por ejemplo eliminar los productos de los embarazos).

demostrado el “tercer efecto”. Este estudio tardó todavía casi dos años hasta ser publicado en la prestigiada revista médica *Human Reproduction* y marcó un hito en las investigaciones de este tipo, sumándose a otras que en opinión de la OMS, OPS, CMP, FLASOG, SPOG y otras organizaciones, han ido descartando el hipotético efecto sobre el endometrio capaz de impedir la anidación. La Federación Internacional de Gineco Obstetricia (FIGO) que agremia a sociedades médicas en todo el mundo y el Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) han publicado sendas declaraciones sobre los mecanismos de acción (2011) y un posicionamiento conjunto (2008)⁶³, respaldados en más de veinte (20) investigaciones recientes, varias de las cuales han sido expresamente referidas en los tribunales por su reconocida solvencia. Lamentablemente también algunas han sido tergiversadas por los detractores, obligando a los propios investigadores en más de una ocasión a publicar desmentidos ante interpretaciones sesgadas de sus conclusiones.

Dado que el compuesto básico es una versión sintética de la progesterona y ésta es la hormona que favorece la gestación (literalmente pro-gestar-ona), no solamente no es abortiva sino que ayuda al embarazo; de hecho los progestágenos son indicados en ciertos tratamientos contra las pérdidas espontáneas, tal como mencionó el Dr. Miguel Gutiérrez, past-presidente de SPOG en la entrevista que concedió al autor. Justamente en el análisis detrás de los discursos de los detractores del método el estudio planteará que una de las razones para la persistente campaña contra el método, es evitar que el público vaya conociendo los casos de falla de éste entre sus familiares, amigos o allegados, que desmienten la existencia de un tercer efecto y permiten que el público intuitivamente confirme que la AOE no es abortiva.

Otra discusión paralela para empantanar la controversia es la definición de “concepción”, término que data desde las escrituras bíblicas y que por lo tanto tiene casi cuatro siglos. Concepción no es un término médico, ya que para la ciencia el término preciso es “embarazo” y este se inicia en la mujer con la implantación de un embrión, el súbito incremento de la hormona HCG (gonadotropina coriónica humana) que se registra primero en sangre y luego en la orina (evidencias concretas y cuantificables), el incremento de los niveles de

⁶³ Ver la declaración conjunta sobre el Posicionamiento de ICEC y FIGO en el Anexo 17 y sobre los Mecanismos de Acción en el Anexo 18. En el reverso figuran las diecinueve (19) investigaciones que respaldan la primera y las veinticuatro (24) investigaciones que respaldan la segunda, algunas de las cuales obviamente se repiten.

progesterona –literalmente la hormona en pro de la gestación– y los síntomas típicos como náuseas, vómitos, mareos, cefalea, tensión mamaria y suspensión de la menstruación. Nótese que estos síntomas típicos afectan, con algunas excepciones, a la mayoría de mujeres y han sido conocidos desde hace miles de años (sin requerir de pruebas sofisticadas), dando lugar a la noción de “concepción”. Sin embargo, ahora la Iglesia en las declaraciones comentadas está empeñada en redefinir la concepción vinculándola a un conocimiento reciente como es la fecundación (unión de gametos), a pesar que la noción de fertilización de un óvulo por un espermatozoide, recién se conoció en el siglo XVII con la invención del microscopio (en 1694 por Antón Von Leeuwenhoek) y es anacrónico vincular este conocimiento con una noción de casi cuatro siglos antes para explicarla, soslayando además que no todos los óvulos fecundados logran implantar (de hecho, siendo la naturaleza selectiva, la mayoría se pierden de manera espontánea). Pero incluso esta ardua discusión sobre si la concepción corresponde al embarazo (medicina basada en evidencias) o a la fecundación (que es asintomática) resulta irrelevante si el método es básicamente anovulatorio.

En el fondo es una discusión forzada ya que si la AOE impide o previene la unión de los gametos, entonces está actuando inclusive antes de la fecundación y no después. Por lo tanto tampoco es pertinente la discusión del principio de la vida o de la definición del embarazo, como pretenden los detractores para trabar o desviar el debate. Y cuando el método falla, el embarazo prosigue su curso (lo cual también es omitido por la propia Santa Sede del Vaticano).

5.5 Los casos judiciales

Aunque la declaración de la Santa Sede no tuvo mayor impacto en Europa y los Estados Unidos de América, por la claridad con que la implantación está vinculada al inicio del embarazo, esto es al proceso de anidación de un óvulo fecundado en la matriz, en Latinoamérica si ha tenido una enorme vigencia porque ha dado lugar a múltiples demandas judiciales en los distintos países con una estrategia similar, acusando a la AOE de los efectos abortivos ya explicados. Nótese además que esta estrategia no es en reemplazo del discurso moral, sino en adición o complemento de aquel. A continuación se resumen los principales casos en el Perú y países vecinos en tanto muestran o

ilustran el accionar de los grupos conservadores que se mueven en todos los contextos posibles. Dado que algunos casos están referidos a productos con nombres propios, estos se consignan en las referencias para mayor precisión de los datos y la posibilidad de cotejar la veracidad de lo dicho por quienes tengan un interés particular en su seguimiento.

5.5.1 La acción de amparo en el Ecuador

En setiembre de 2004 se lanzó la píldora de Anticoncepción de Emergencia bajo la marca “*Postinor 2*” en el Ecuador, en el marco de un congreso de la Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO)⁶⁴, que captó inmediatamente la atención de los medios de comunicación, generándose la controversia, a pesar que no era la primera marca de AOE en ese país, ya que pocos meses antes se había puesto a la venta otro producto (“*Glanique*”) de similares características (levonorgestrel 0.75 mg.) con un perfil más bajo, pasando casi inadvertida. Pero el lanzamiento de la marca original despertó un intenso debate público, el cual activó el interés de grupos conservadores y en Guayaquil un abogado particular (Fernando Rosero) presentó una demanda de Acción de Amparo constitucional ante el 3er Juzgado Civil contra el registro del producto demandando no al laboratorio, como se había hecho en Chile, sino contra el Ministerio de Salud Pública y su Instituto Nacional de Higiene (INH), responsable del registro sanitario, porque la comercialización del producto *Postinor 2* ponía fin a un embarazo no deseado [IIDH, 2008: 82]. Sin embargo el ministerio no salió a defender al instituto y el INH sólo en la causa no pudo evitar que el juez de primera instancia concediera el amparo, por considerar que los propios expedientes del registro establecían que se estaba violando el derecho del concebido. El informe del INH recogía lo señalado por la Farmacopea Americana (la ya mencionada USP-DI) basada en analogías con otros productos e investigaciones anteriores a la venta de *Plan B* en los Estados Unidos de América.

Elevada la causa en apelación hasta el Tribunal Constitucional a mediados del 2005, la 3ª Sala del TC de Ecuador mediante Resolución N° 0014-2005 en mayo de 2006 resolvió conceder el Amparo Constitucional,

⁶⁴ Los directivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FLASOG que asistieron al congreso emitieron una carta posteriormente apoyando al método; ver Anexo 19.

suspendiendo la inscripción y el registro sanitario de *Postinor 2* levonorgestrel 0.75 mg, devolviendo el expediente al juez de origen para los efectos correspondientes. A fines de mayo el mismo abogado basándose en el fallo del TC solicitó a éste ampliar la sentencia (*plus petitio*) a otras marcas (*Glanique, Vika y Postday*) por ser igualmente píldoras de levonorgestrel 0.75 mg y a otras píldoras de rutina (*LoFemenal*, usada en la salud pública, *Nordette, Microgynon, Ovral y Eugynon*), por contener el mismo o similar ingrediente activo. Esta solicitud es especialmente significativa porque demuestra el interés de los detractores de no sólo ir contra la píldora de AOE, sino contra toda la gama de anticonceptivos hormonales.

En junio de 2006 el TC sentenció que el fallo contra *Postinor* no era aplicable a otros fármacos similares porque el caso había sido presentado a nombre propio y no contra el ingrediente activo. Además ante la protesta del sector médico y los recursos de *Amicus Curiae* presentados por UNFPA y otras organizaciones, comprendieron que ampliar los efectos del fallo inicial equivalía a desarticular todo el programa nacional de planificación familiar. Actualmente las otras marcas continúan con un mercado cautivo, habiéndose perjudicado sólo a la marca de mayor recordación. Aunque la situación es a todas luces inequitativa así se quedó e inclusive, posteriormente, uno de los laboratorios logró registrar una versión de un solo comprimido, con el doble de ingrediente (1.5 mg).

5.5.2 La acción de cumplimiento en Perú

A pesar que en julio de 2001 se había incorporado la AOE como método de emergencia en las normas nacionales de Planificación Familiar, las administraciones de Luis Solari y Fernando Carbone se habían negado a distribuir el método en los establecimientos públicos de salud, aduciendo el primero que carecía de un protocolo y que los mecanismos de acción no estaban bien establecidos, según el segundo. Adicionalmente, Carbone ante los medios masivos había declarado que la píldora afectaría el endometrio evitando la implantación de un óvulo fecundado y por consiguiente tendría un efecto abortivo. En setiembre de 2002, un grupo de ciudadanas relacionadas con las organizaciones feministas DEMUS, Manuela Ramos y Flora Tristán presentaron una demanda de acción de

cumplimiento⁶⁵ contra el MINSA para que proceda a distribuir el método en cumplimiento de la R.M. N° 399-2001, que había incorporado el método en la normativa vigente. El argumento central era poner a disposición de las mujeres la provisión del método aprobado y la información correspondiente en los establecimientos de salud a cargo del Ministerio, para que ellas puedan alcanzar sus ideales reproductivos. Las demandantes añadieron que el incumplimiento de la norma interfería con el goce de derechos reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales sobre derechos; asimismo dicha falta de cumplimiento de la norma tenía graves consecuencias discriminatorias. En primera instancia el 7º Juzgado Especializado Civil de Lima declaró inadmisble la demanda por defectos formales –faltaban algunas firmas– que fueron posteriormente subsanadas por las recurrentes, quienes apelaron la decisión y en octubre de 2003 la 3ª Sala Civil declaró nulo el archivamiento.

En enero de 2004, el 7º Juzgado Especializado Civil de Lima dispuso la admisión a trámite y la procuradora pública del MINSA, Fanny Fregueiro, solicitó se le declare improcedente porque existía incertidumbre científica respecto a los mecanismos de acción, pero el juzgado declaró fundada la demanda y ordenó al MINSA cumplir con lo establecido. La procuradora apeló de oficio argumentando que se le había dado cumplimiento mediante la RM N° 668-2004, que aprobó las nuevas Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Reproductiva. La 3ª Sala Civil resolvió entonces la apelación por sustracción de la materia y ordenó nuevamente el archivamiento. Las demandantes apelaron nuevamente y el caso llegó al Tribunal Constitucional. Esto motivó que la Defensoría del Pueblo, el Colegio Médico del Perú, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y UNFPA remitieran sendos recursos de *Amicus Curiae*, esto es de terceros interesados en el caso para ilustrar al tribunal, dando respaldo al método. Asimismo, en este caso el Ministerio de Justicia remitió el oficio N° 516-2004 expresando que las opiniones legales no pueden ni deben cuestionar las conclusiones del ámbito científico, tarea que le corresponde a la ciencia médica. Por tales consideraciones el Ministerio de Justicia revisó su posición y opinó que la AOE no sería

⁶⁵ Esta causa corresponde a otro expediente con el N° 7435.

inconstitucional. En este caso también se pronunciaron la Iglesia de los Santos de los Últimos Días y la Asociación Testigos de Jehová. La Iglesia católica no se pronunció, pero estas últimas consideraron que corresponde a las personas decidir con arreglo a su fe, lo que fue recogido en la sentencia.

Sin embargo en este proceso se hizo evidente la existencia de presiones de la jerarquía católica a través de los medios de prensa para eliminar el método. Como contrapeso de esas opiniones el Tribunal Constitucional admitió *Amicus Curiae*s del Colegio Médico del Perú, la Defensoría del Pueblo y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conjuntamente con el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA, por sus iniciales en inglés), todas ellas respaldando al método. OPS se centró en el carácter no abortivo de la píldora y UNFPA en el tema del acceso desde una perspectiva de derechos [IIDH, 2008: 94]. Sometido al voto el Tribunal Constitucional en noviembre de 2006 falló a favor del método, por mayoría incluyendo el del vocal Mesía quien fundamentó su voto⁶⁶, ordenando el cumplimiento de las resoluciones vigentes.

5.5.3 La acción de amparo en el Perú

En octubre de 2004 la ONG ALA - Sin Componenda presenta una acción de amparo contra la distribución de la AOE en los establecimientos del sector público por considerar al método abortivo y anticonstitucional por afectar el derecho del concebido y que el MINSA ocultaba información a las usuarias al omitir sus efectos sobre el endometrio. La acción de amparo es admitida por el juez Angel Zea del 29º Juzgado Civil de Lima en primera instancia. El juez emplaza al MINSA y la procuradora argumenta que el tribunal no es competente para pronunciarse sobre el fondo de la cuestión. El juez Zea declara fundada en parte la demanda, ordenando al MINSA que se abstenga de distribuir las píldoras a nivel nacional, en tanto no se garantice la implementación de una política de información, según él había podido investigar recurriendo a la opinión de otras personas de su entorno y a la web (sic), pero sin referencia bibliográfica alguna.

⁶⁶ Posteriormente el mismo vocal tres años después votaría en contra de la distribución pública de la AOE.

El MINSA apeló la decisión y la causa pasó en segunda instancia a la 2da Sala de la Corte Superior de Lima⁶⁷. La OPS, UNFPA, la Defensoría del Pueblo y SPOG, entre otros, presentaron recursos de *Amicus Curiae*, respaldando la vigencia del método y descartando el supuesto efecto abortivo. Estos recursos, particularmente los dos primeros, incluían las últimas referencias médicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el recurso de la Defensoría del Pueblo abundaba en los argumentos jurídicos en defensa del método al actuar antes de la fecundación. La OPS precisó que el acceso a la AOE era un asunto de salud pública que permite a las mujeres, especialmente las más pobres, contar con un método científicamente reconocido. UNFPA añadió que su acceso era un asunto de derechos reproductivos y que la falta de atención de tales derechos limitaba gravemente las oportunidades en la vida pública y privada de las mujeres, incluido el acceso a la educación y el pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos.

Luego de una prolongada deliberación, dos de los vocales del tribunal votaron infundada la demanda, pero la tercera votó fundada la demanda en todos sus extremos. Al no haber tres votos iguales se convocó a una 4ª vocal dirimente quien se sumó al voto de fundada la demanda y fue necesario convocar una quinta vocal. Entretanto en el Tribunal Constitucional (TC) se resuelve la Acción de Cumplimiento planteada por personas particulares que solicitan que la AOE se distribuya en los establecimientos del Estado, de acuerdo a la normativa vigente. El TC falla a favor de esa acción por no considerar abortivo el método y ordena al MINSA su distribución. No obstante, en el proceso de la Acción de Amparo, la 5ª vocal convocada votó “improcedente” (otra calificación) y la 6ª vocal convocada votó “nula”, es decir categorías diferentes que denotan la falta de consenso y se tuvo que convocar a un 7º y un 8º (último vocal de la sala) sin arribar a una sentencia. Recién con el 9º vocal dirimente – obviamente de otra sala– finalmente se contó con tres votos iguales declarando infundado el amparo. Esta dispersa votación refleja plenamente el nivel de la controversia, entre las creencias personales, los aspectos técnicos (médicos o biológicos) y los jurídicos, en donde los

⁶⁷ El expediente original del juzgado civil es N° 72276-04 y la apelación ante la corte es N° 4426-06.

primeros no permiten adoptar acuerdos racionales. ALA-SC apeló el fallo y el caso pasó al Tribunal Constitucional.

Es relevante mencionar que en los votos en discordia de los vocales Echevarría y Romero se recurre al anterior inserto de *Postinor 2* como declaración de parte y se sacan de contexto las palabras “*impide*” y “*la implantación*” para concluir que esa es la prueba auto-incriminatoria. El voto literalmente dice:

“Respecto del Postinor 2 (levonorgestrel 0,75 mg) se precisa como acción farmacológica que:

‘ACCIÓN FARMACOLOGICA

POSTINOR 2 (levonorgestrel) actúa inhibiendo o retrasando la ovulación y alterando el transporte espermático por espesamiento del moco cervical. Consecuentemente, impide la fecundación y la implantación. No es efectivo después de la implantación’ (subrayado añadido por los vocales).

Se desprende, evidentemente, del texto redactado que el levonorgestrel de 0.75 mg impide la implantación.” (subrayado también añadido por los vocales)

Nótese que los vocales sacan de contexto las palabras o frases subrayadas para forzar un enunciado, lo cual es una arbitrariedad, la misma que además se ha repetido en el proceder del Tribunal Constitucional en la sentencia de octubre 2010, ya no cortando y pegando palabras sueltas sino subrayando toda la oración.

Es decir que en este caso los nuevos vocales del Tribunal ignoraron los documentos de la OMS, CMP y otros, pero admitiendo los insertos publicados en el vademécum de referencia comercial (denominado PLM), aplicando el procedimiento inquisitorial que “...a confesión de parte, relevo de prueba”; pero nótese además que al hacerlo tergiversan el contenido al atribuir como efectos directos lo que serían consecuencias indirectas (ausencia de fecundación) o remotas (nada por implantar). Esta sentencia no solo es contradictoria con la anterior del TC en la Acción de Cumplimiento, sino que es inconsecuente con el debido proceso al desconocer la evidencia científica e indagar ellos mismos por evidencias fuera del expediente en Internet (no aportados por el demandante), asignando el mismo valor probatorio a insertos o instructivos de los productos como si fueran estudios clínicos con rigor científico.

5.5.4 El requerimiento de inconstitucionalidad en Chile

En mayo de 2001 se lanzó en Chile la primera píldora de anticoncepción hormonal de emergencia bajo la marca “*Postinal*”, por un laboratorio nacional (Silesia) y los detractores del método la acusaron de afectar el endometrio para impedir la implantación de un óvulo fecundado y, según ellos, afectando el derecho de un concebido amparado por la constitución de ese país [Casas, 2008: 3]. El caso llegó hasta la Corte Suprema y esta falló por la prohibición de la venta de *Postinal* y la anulación del registro sanitario del producto. Sin embargo, entretanto el laboratorio Grunenthal registró y lanzó un producto similar bajo la marca *Postinor*, fabricado en Europa (Hungría) y que contaba además con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que dicho producto era la versión original con la cual se habían realizado la mayoría de investigaciones multicéntricas auspiciadas por el OMS, para incorporar el compuesto en su lista de medicamentos esenciales. Los detractores del método entonces solicitaron que la sentencia de la Corte Suprema fuera ampliada a *Postinor*, pero la corte aclaró que el fallo sólo era aplicable a *Postinal*, porque la demanda inicialmente había sido efectuada a nombre del producto y no al ingrediente activo. Además, ese ingrediente tenía más de veinte años en el mercado en píldoras anticonceptivas de rutina y, por entonces, correspondía a la píldora más vendida en el país. Luego una agrupación juvenil (AGES) de la comuna de Las Condes en Santiago presentó un recurso de casación contra el fallo para evitar venta y distribución del nuevo producto. El caso llegó hasta la Corte Suprema y en noviembre de 2005 la 3ª Sala de la Corte Suprema de Chile puso fin a esa polémica rechazando el recurso, por cinco votos contra cero.

Aunque el método estaba disponible en farmacias mediante dos píldoras de uso específico, el precio bordeaba aproximadamente los seis US dólares y era accesible sólo para las personas que tuvieran poder adquisitivo. A partir de entonces los grupos conservadores en Chile presionaron a Grunenthal para que desistiera de la distribución del producto bajo su marca en ese país, amenazando con sucesivas acciones legales para perjudicar el resto de líneas del laboratorio, lo que finalmente lograron a inicios del 2006, en que ese laboratorio desistió de comercializar el producto. Ante el hostigamiento permanente sobre la venta farmacéutica, la Ministra de Salud en Chile promulgó una resolución

administrativa para autorizar la distribución de la AOE en ese país, para atender los casos de violación a mujeres mayores de catorce años en los centros de salud pública. La intención del gobierno era que también fuera asequible a las mujeres con escasos recursos económicos, pero la norma inmediatamente encendió el debate político entre los múltiples detractores del método y las autoridades del gobierno central, especialmente en torno a la autorización de los padres o tutores de las mujeres menores de edad. En el año 2006, AGES volvió a demandar al Ministerio de Salud ante el 20º Juzgado Civil de Santiago para derogar la resolución administrativa por considerar que la norma era jerárquicamente inferior a la requerida y el gobierno para subsanar el impasse, promulgó nuevas Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad mediante de D.S. Nº 48 de 2007.

En marzo de 2007, treintiseis (36) parlamentarios chilenos presentaron un recurso de inconstitucionalidad en contra de las nuevas normas. El fallo del TC de 276 páginas declaró inconstitucional la Sección C, Acápito 3.3 correspondiente a la Anticoncepción Hormonal de Emergencia en sus regímenes de sólo levonorgestrel y el denominado método Yuzpe y la Sección D, referida a la entrega de anticonceptivos de emergencia a adolescentes. El gobierno lamentó el fallo pero declaró que lo respetaría y retiró el método de los servicios públicos del MINSA. Pero este nuevo fallo no afecta a la entrega en los servicios municipales y tampoco prohíbe la venta farmacéutica, ya que el fallo anula la norma de entrega en los establecimientos del gobierno central, pero no afecta al compuesto como tal. A la fecha sin embargo, apenas hay un producto con registro sanitario vigente y el otro en el mercado sólo tiene un registro provisional. Lo ilustrativo de este caso es el nivel de hostigamiento de los grupos de presión fundamentalistas que tratan por todos los medios de impedir la distribución masiva. Si bien es cierto las acciones al inicio tampoco comprenden la venta farmacéutica, nótese la escalada de las presiones.

5.5.5 La acción de nulidad en Colombia

En julio de 2002 un ciudadano particular (Carlos Gómez A.) presentó una demanda de nulidad contra el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para el retiro del registro sanitario del producto original comercializado en Colombia por la Asociación Pro-

bienestar de la Familia Colombiana - Profamilia, una ONG afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Paternidad (IPPF por sus iniciales en inglés), bajo la marca Postinor, por considerarla abortiva impidiendo que anidara el embrión humano [IIDH, 2008: 105]. Este caso es particularmente emblemático porque luego de un largo proceso de seis años, la sentencia contiene un extenso análisis de los argumentos presentados.

En primer lugar cabe destacar que el fallo recoge la opinión médica que el aborto es la interrupción de un embarazo y éste se inicia con la implantación del óvulo fecundado en su estadio de blastocisto en el endometrio o recubrimiento interior del útero materno, según lo establecido por la OMS y otras organizaciones internacionales. Por lo tanto, existe una ventana de tiempo en la que pueden actuar los anticonceptivos. Esta tesis se opone a la creencia difundida actualmente por la Iglesia Católica que la concepción se produce con la fecundación o unión de gametos masculinos (espermatozoides) y femenino (óvulo). En segundo lugar, el tribunal reconoce el carácter anticonceptivo del método en tanto su mecanismo principal es inhibir la ovulación y adicionalmente espesa el moco cervical para interferir con la migración espermática. En tercer lugar, el tribunal admite que podría existir un efecto sobre el endometrio para hacerlo más hostil a la implantación, pero que aún en ese caso, no está actuando sobre el embrión y por lo tanto no es abortivo ni tiene efectos teratogénicos (dañinos) sobre éste.

En resumen, de estos casos puede observarse la existencia de discursos similares en los diferentes países de la región, aunque con algunas variantes según los contextos locales. En casi todos los casos puede notarse que las partes han apelado hasta llegar a las instancias máximas del sistema judicial; es decir que se trata de una verdadera pugna por imponer su opinión los unos a los otros. En opinión de Rocío Villanueva, autora del informe del IIDH, todas las demandas coinciden en la existencia del hipotético efecto antianidatorio y, por lo tanto, afectaría el derecho a la vida que la Convención Americana sobre DDHH otorga al que está por nacer [IIDH, 2008: 122]. Ese hipotético tercer efecto está consignado en los encartes de los laboratorios para cubrir la gama más amplia posible de efectos reales o supuestos a fin de evitar posibles demandas. Pero la

OMS, basada en investigaciones posteriores al año 2000, sostiene que la AOE actúa antes de la fecundación y los demandantes no han podido presentar investigaciones con rigor científico que demuestre tal efecto. Lo anterior no niega que algunos sectores creen genuinamente que ese tercer efecto existe, máxime si así lo sostiene el propio Vaticano, pero estamos frente a un caso de creencias arraigadas, mas no probadas.

Tampoco es pertinente el argumento *pro-homine* presente en algunas de las demandas si la AOE actúa antes de la fecundación. Por el contrario, los métodos anticonceptivos hormonales forman parte de la oferta de planificación familiar que contribuye al objetivo de reducir la mortalidad materna. Por consiguiente tampoco es válido el cuestionamiento del rol del estado como proveedor de programas de planificación familiar, ya que la salud reproductiva está contenida en diversos tratados internacionales donde éste es expresamente responsable de las políticas públicas de salud.

Finalmente es interesante anotar que todos estos procesos se han ido por el camino bio-médico y jurídico para omitir los verdaderos móviles del ataque: la oposición y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos y la auto-determinación de las personas para tomar decisiones autónomas sobre su propia salud sexual y reproductiva. Todas las demandas comentadas han estado respaldadas por organizaciones aparentemente laicas, pero de inocultable vocación religiosa como el Portal de Belén en la Argentina, el Frente por la Vida y Acción Solidaria, ISFEM y el Centro Juvenil Ages en Chile o ALA-Sin Componenda y CEPROFARENA en el Perú. Todas han recibido el apoyo abierto o soterrado de las autoridades católicas de su jurisdicción y han ejercido presión sobre los jueces en forma privada y también pública a través de los medios y actos públicos (como por ejemplo la recolección de firmas). Esto denota que detrás del tema del “efecto abortivo” subyacen otros aspectos sociales como se analiza más adelante.

5.6 La AOE en el sector privado

Al escribir de políticas públicas en salud reproductiva, en una primera aproximación nos referimos básicamente al sector público; sin embargo esto no es necesariamente suficiente, ya que las políticas tienen impacto nacional y

esto comprende también al sector privado. En el caso de la AOE, se puede constatar que es rigurosamente cierto que el sector privado si ha jugado un rol preponderante en la introducción del método en el país (más del 95% de la distribución de productos se ha dado a través del sector privado). Tal como se ha descrito en los acápites precedentes, la AOE no era inédita en el Perú, pero la controversia pasó inicialmente inadvertida por el tema de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), especialmente en el caso de las ligaduras de trompas. Las primeras propuestas sobre la AOE comenzaron con el método Yuzpe, es decir usando diferentes combinaciones de píldoras existentes en el mercado, pero con una limitadísima prescripción por algunos médicos especialistas en su práctica privada, ya que fue suprimida de la norma, tal como se ha reseñado. Hasta que a mediados del año 2000, la Asociación Peruana para la Prevención de Embarazos No Deseados (APPRENDE, en adelante) y la droguería Farmagé SAC se instalaron en el Perú y su fundador, Alan R. Lambert, concertó entrevistas con el MINSA, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y algunas ONGs, como INPPARES y APROPO, para comunicarles su intención de lanzar la primera píldora de uso dedicado en el Perú, incluso antes de que se gestara la normativa específica (la mencionada RM N° 399-2001 SA/DM) para el sector público. Ese año se inició el registro de la primera píldora sólo de progestágeno para uso exclusivo del método, dando inicio a la expectativa entre los médicos y creando las condiciones para la nueva norma. A Farmagé, le tomó más de un año obtener el registro sanitario y, para entonces, la mentada RM N° 399-2001 SA/DM había sido emitida, disparando el debate público que se avivó con el lanzamiento de *Postinor 2*.

Postinor 2 o *Duo*, de 0.75 mg Levonorgestrel, es una píldora desarrollada por el laboratorio Gedeon Richter de Budapest, Hungría, y el mismo producto se comercializa con varias otras marcas dependiendo del mercado al que va dirigido (*Plan B* en USA, *Rigesoft* en Hungría, *Levogynon* en Alemania y *Levonelle* en el Reino Unido, Irlanda, Italia, Australia y Nueva Zelanda). Durante la reunión del Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) en Bellagio en 1995, Gedeon Richter necesitaba cerrar una masa crítica de pedidos que hicieran factible la producción. En América Latina, PROFAMILIA de Bogotá obtuvo la representación para Colombia, Laboratorios Aché para Brasil, Grunenthal para Chile y PROSALUD de Caracas para Venezuela. Ante la ausencia de otros pedidos, PROSALUD reservó la representación para la

Argentina, Perú, Ecuador y Bolivia. Sin embargo PROSALUD es una asociación civil sin fines de lucro y como la legislación venezolana no permite que una organización no gubernamental (ONG) tenga actividades mercantiles, sus dirigentes fundaron una asociación comercial importadora –una droguería– bajo el nombre ACIPROSALUD y, con los excedentes generados, replicaron el modelo en el Perú con Farmagé SAC (la droguería) y APPRENDE (la ONG), desarrollando una estrategia de mercadeo socio-comercial.

El mercadeo social es la aplicación de las estrategias del marketing comercial para el cambio de comportamientos públicos socialmente deseables [Kotler 1989]. Es decir que el mercadeo social pretende la “venta” de productos, servicios o ideas, utilizando una mixtura de estrategias relacionadas con las principales variables del mercadeo, como son la definición del “producto”, “precio”, “plaza”, “promoción”, “publicidad” y “personal” (conocidas como las “P” del mercadeo) y es particularmente aplicable cuando tales comportamientos no se han desarrollado de manera espontánea o están en contextos de controversia. El desarrollo del mercadeo social precisamente se atribuye a la sistematización de propuestas por parte de organismos o agencias cooperantes, tanto bilaterales –como USAID u ODA/DFID– y multilaterales –como UNFPA– para promover la planificación familiar y vencer las resistencias existentes. En otras palabras, cuando un producto o servicio se difunde espontáneamente su uso se desarrolla a través del mercadeo comercial, pero si existen barreras políticas, religiosas o culturales, entonces se requiere del mercadeo social para promover su uso o adopción, lo cual acarreará por sí mismo un cambio de comportamiento. Tal era el caso de la anticoncepción de emergencia. Por ello el mercadeo social se considera un refinamiento del marketing comercial mediante la adaptación de instrumentos de las ciencias sociales y su éxito ha revertido enriqueciendo también al propio mercadeo comercial. Una variante es el mercadeo socio-comercial basado en la auto-sostenibilidad (es decir sin subsidiar los precios como suele ocurrir en el mercadeo social típico con apoyo de fuentes cooperantes).

En la alianza entre Farmagé y APPRENDE, la primera se encargó del registro sanitario del producto⁶⁸, la logística de importación, el desarrollo de la red de distribución, las finanzas y los tributos, mientras la segunda se encargó de la

⁶⁸ El Reg. San. N° 14208 aprobado mediante RD N° 13958 según copia en el Anexo 6.

difusión del método. Es decir una actuó en el lado de la oferta y la otra en la demanda. Pero dada la incertidumbre por la permanencia del producto debido a las amenazas del ministro Carbone para “ejercer el rol rector del estado para retirar el método”, Farmagé comenzó a operar en junio de 2002 con una dotación mínima de personal y carecía de una fuerza de visitantes médicos como es lo habitual en los laboratorios farmacéuticos. Para superar esa limitación se decidió lanzar el producto en un evento paralelo al XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología en julio de 2002⁶⁹ y Farmagé concertó un simposio especialmente centrado en el tema de la AOE. El material comunicacional estuvo a cargo de APPRENDE y la carpeta con copia de las investigaciones sobre el método estuvo a punto de ser boicoteada por la imprenta que adrede demoró la impresión, pero al percatarse APPRENDE de lo que ocurría mandó realizar una impresión paralela con otra empresa. Ése fue el primero de una serie de eventos coincidentes en perturbar la acción de la ONG cuyo nombre transparentemente indica a qué se dedica y ha generado no pocas reacciones adversas. Mientras el cambio de responsable legal de Farmagé al inicio de sus operaciones tomó menos de un mes, a APPRENDE le tomó más de cinco con observaciones escalonadas en los registros públicos⁷⁰. Otro tanto ocurrió en la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria donde para Farmagé tomó una semana tramitar la emisión de sus comprobantes de pago, mientras para APPRENDE requirió de varios meses y trámites reiterados porque se extraviaba su expediente o las copias decían que eran ilegibles (a pesar que la fotocopidora era nueva), según se desprende de la correspondencia revisada.

La carpeta distribuida en el simposio incluía un Curso Interactivo sobre la AOE en español, editado en un CD que permitía que cada profesional se auto-capacitara⁷¹, de manera que no era una carpeta cualquiera y se repartió más de un millar de ejemplares a profesionales de la salud en una sola tarde. Esto no solamente dio a conocer las características del método y sus mecanismos de acción sino que contribuyó notablemente al manejo de conocimientos recientes para responder a los detractores. Estos últimos incidieron en los medios masivos para entrevistar a gineco obstetras, pero quedaron sorprendidos por la

⁶⁹ Ver nota en la publicación farmacéutica Kairos N° Julio 2002, pág. 6.

⁷⁰ Esto es inusual ya que pueden haber muchas observaciones pero no brotar nuevas conforme se levantan las anteriores.

⁷¹ El CD inclusive contenía una prueba final que al ser completada satisfactoriamente permitía imprimir un certificado.

homogeneidad de las respuestas aclarando que el método no era abortivo. En vista del éxito del simposio en Lima, Farmagé apoyó a APPRENDE para participar en las jornadas científicas que la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) mensualmente realizaba en las principales capitales departamentales (inclusive se adoptó como slogan la frase “**AOE: Una necesidad, una opción y un derecho**” surgida del simposio de SPOG, por sugerencia de su presidente, el médico Juan Trelles). Para ello APPRENDE recopiló diversos estudios e investigaciones publicadas por revistas médicas especializadas como *Contraception*, *The Lancet* y otras, inclusive adquiriendo artículos originales vía Internet para poderlos fotocopiar a vuelta de correo y legalizar notarialmente las copias de manera que tuvieran una referencia legal. Esta información se remitió a SPOG, el Colegio Médico del Perú, la Comisión de Salud del Congreso, la Defensoría del Pueblo⁷² y el Ministerio de Justicia, para que formara parte de los expedientes sobre el tema. Estas mismas investigaciones figuraron luego en los informes de los especialistas médicos consultados por la Comisión de Alto Nivel y la misma información se entregó a centenares de médicos, obstetrices y farmacéuticos a nivel nacional. Ni el MINSA había realizado una distribución similar y los detractores estaban tan desconcertados, que empezaron a diseñar un portal web para descalificar las investigaciones, a los médicos defensores del método y a los directivos de APPRENDE y Farmagé.

Por otro lado, APPRENDE difundió aproximadamente un millón (1'000,000) de folletos⁷³ sobre la píldora a través de las farmacias y doscientos mil volantes en formato de bolsillo dirigido a estudiantes universitarios. Para evitar la requisa del material por parte de DIGEMID, APPRENDE tuvo el cuidado de no promocionar el “producto” sino el “método”. La imagen del blister de la píldora sin embargo estaba presente, aunque sin identificación de marca, pero como era el primero en su categoría la imagen de ése blister empezó a aparecer en todas las publicaciones de diarios y revistas en las entrevistas o noticias del debate, como el representativo de la píldora (en el mercadeo eso se denomina posicionamiento, es decir cuando un cierto producto o idea tiene establecido un “nicho” en el mapa mental del consumidor). Así, APPRENDE diseñó afiches con mensajes sobre la necesidad de la AOE, la opción y el derecho a usarla.

⁷² El Informe 78 de la Defensoría contiene una copia de la traducción oficial de la carta del fabricante mencionando la bibliografía utilizada para descartar el supuesto efecto sobre el endometrio.

⁷³ Ver copia del folleto sobre el método en la versión monocromática de las primeras ediciones en el Anexo 20.

El producto tal como ya se ha mencionado permite la objetivación del derecho a optar por el método escogido. El uso de un determinado producto anticonceptivo implica la disponibilidad del método al alcance de las usuarias, para un comportamiento concreto. De allí su importancia como insumo legalmente disponible y el respaldo que ha obtenido de parte de las organizaciones civiles y los profesionales médicos y jurídicos. Un producto puesto en el mercado permite que quien está a favor lo adquiera y quien no está de acuerdo no esté obligado a adquirirlo o usarlo, ejerciendo cada cual su derecho como ciudadano. Sin producto en el sector privado difícilmente estará disponible en el sector público, salvo situaciones de excepción, ya que generalmente se trata del mismo insumo por los requerimientos de su registro.

La estrategia inicial de precio se estableció en la mitad del rango entre la píldora más vendida (*Microgynon* de Laboratorio Schering a S/. 10 por blister) y la más cara del mismo laboratorio (en esa época *Mirelle* a S/. 60), para no estimular la sustitución de las píldoras de rutina, ni el uso reiterado del producto. El precio al público sugerido de lanzamiento de *Postinor 2* fue de S/. 25 y Farmagé optó por la mono-distribución para evitar una guerra de márgenes. El precio modal en las farmacias con descuentos se estableció en S/. 24 al inicio y posteriormente en S/. 22 cuando entraron las cadenas de farmacias. Esto aseguró la rentabilidad inicial aún con pocas ventas. Pero el propio debate desatado por los detractores contribuyó a un rápido posicionamiento del producto *Postinor 2*, con los otros elementos mencionados, y las ventas evolucionaron geométricamente pasando de 133 mil unidades en el 2003, a 297 mil en el 2004 y a 328 mil blisters en el 2005. El producto original se convirtió en el líder de facturación en la categoría de hormonas desplazando a *Microgynon* de Schering.

Lo interesante de esta evolución, al margen del éxito mercantil para la droguería –que terminó por atraer mucha competencia como se verá a continuación– es que el uso masivo del producto literalmente “ahogó” la prédica anti-píldora al menos temporalmente. Las ventas crecientes implican una aprobación tácita del método, es decir restando credibilidad a la pretendida acusación de abortiva. Una encuesta de la Universidad de Lima de mayo de 2005⁷⁴ indicaba que sólo 47% de las encuestadas usarían la “píldora del día siguiente”. En la misma

⁷⁴ Barómetro Social: Planificación Familiar, Lima Metropolitana y Callao, mayo de 2005, con una muestra de 538 personas.

encuesta un 77% manifestaba estar en desacuerdo con la posición de la jerarquía católica respecto a los métodos artificiales. Esta encuesta es muy significativa porque es una de las poquísimas consultas directas al público general que han sido documentadas con rigor estadístico. Un año después, en las elecciones el tema salió al debate cuando una integrante de la lista de Unidad Nacional distribuyó folletos y fue desautorizada por el personero de la lista y la candidata Lourdes Flores. Un sondeo periodístico indicó que en ese momento la aceptación de la píldora bordeaba el 80% y el candidato Alan García se pronunció a favor, precisando que su hija bióloga le había asegurado que no tenía efectos abortivos. Otra opinión interesante surgida durante la campaña electoral fue que cierto público indicaba ante cámaras que estaba dispuesto a usar la píldora aún cuando tuviese efectos abortivos. APPRENDE solicitó al Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima para ampliar la encuesta, pero no aceptaron hacerlo porque el diseño ya estaba establecido.

En vista del éxito de la versión original, desde 2004 comenzaron a aparecer las primeras copias genéricas con nombres de fantasía y actualmente hay más de cuarenta productos con registro sanitario vigente, de los cuales aproximadamente la mitad se comercializan en farmacias. La multiplicidad de marcas cubre una amplia gama de precios y ha exacerbado la competencia entre ellas, alcanzando una significativa penetración en el mercado. Por ahora es el único anticonceptivo de protección post coital conocido, lo que favorece el uso entre mujeres jóvenes que no cuentan con protección de rutina. Su rápida difusión en el Perú y otros países latinos ha sido favorecida por el bajo o nulo rigor en la exigencia de receta médica para adquirirlo. De allí también la preocupación de la iglesia para controlar su uso por las razones ya esgrimidas.

En setiembre 2006 se realizó el registro de la versión de 1.5 mg de levonorgestrel, equivalente a la suma de las dos dosis de 0.75 mg, bajo el nombre *Escapel* (*Escapelle* en Hungría). Farmagé utilizó la estrategia de usar inicialmente otro nombre para evitar que los detractores boicotearan su registro toda vez que duplica la dosis en una sola toma, lo que probó ser muy eficaz ya que en la propia DIGEMID recién se percataron que era una píldora de AOE cuando la resolución estaba lista para la firma y era muy tarde para bloquearla. Posteriormente *Escapel* 1.5 mg adoptó el nombre comercial de *Postinor 1*. Esta versión resultó de las investigaciones de la OMS para reducir las fallas de uso

práctico del método por omisión de la segunda toma en la versión de 0.75 mg. La nueva versión, a pesar que duplica la dosis en una sola toma, no presentaba mayores efectos adversos y por el contrario los moderaba ligeramente, reduciendo la tasa de falla de uso práctico.

Hasta diciembre del 2008 se habían vendido en el Perú más de tres millones de unidades de píldoras de AOE en farmacias, con lo cual aproximadamente se han evitado algo más de 135 mil abortos inducidos, según el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Estimado de abortos inducidos evitados en Perú a diciembre de 2008

	Ref.	Postinor	Copias	TOTAL
Ventas farmacéuticas		1,883,124	2,000,000	3,883,124
Embarazos promedio (Ref. A.J.Wilcox)	8%	150,650	160,000	310,650
Embarazos no deseados evitados (75% de efectividad de PAE)	6%	112,987	120,000	232,987
Aceptados con resignación (Ref. D. Ferrando)	25/60 41.67%	-47,078	-50,000	-97,078
Abortos inducidos evitados (Ref. D. Ferrando)	35/60 58.33%	65,909	70,000	135,909

Fuente: FARMAGE SAC
Elaboración: APPRENDE

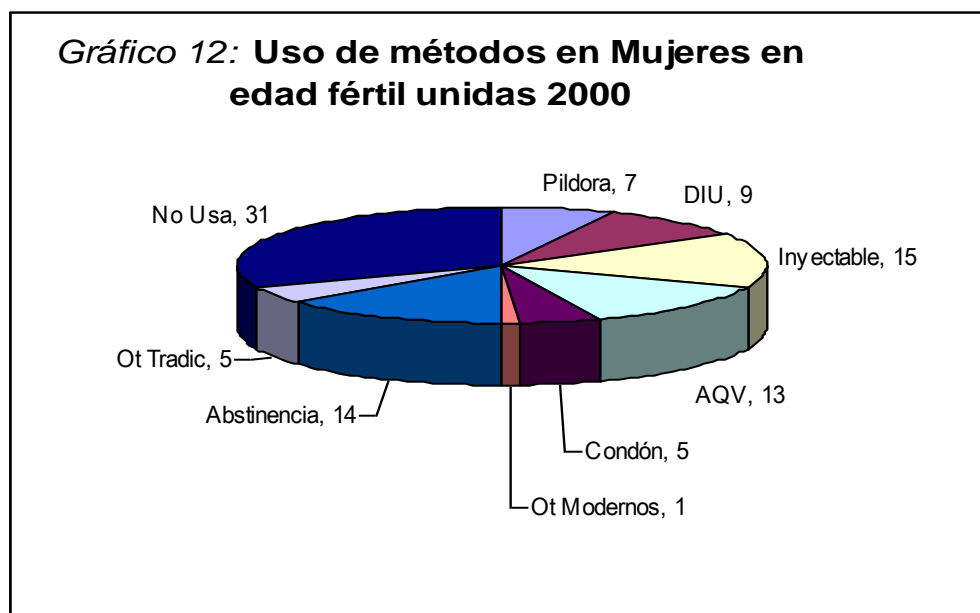
AOE= Anticoncepción Oral de Emergencia (método)
PAE= Píldora Anticonceptiva de Emergencia (producto)

Para entender esta estimación debe tenerse presente que no todas las relaciones sexuales implican necesariamente un embarazo. Según el Dr. A. J. Wilcox un promedio de sólo 8% de las relaciones sexuales entre la segunda y tercera semana del ciclo menstrual tienen riesgo de embarazo. Por lo tanto si suponemos que las píldoras adquiridas corresponden a un igual número de relaciones y la eficacia anticonceptiva de la AOE en promedio es del 75%, es decir 6 de cada 8 posibles embarazos, el uso de la píldora evitaría alrededor de 233 mil embarazos no deseados (la diferencia constituiría las fallas de método, en las cuales el embarazo proseguiría) y como no todos estos son aceptados (según la antropóloga y demógrafa Delicia Ferrando sólo el 25% de estos embarazos llegan a término⁷⁵), la diferencia correspondería a abortos evitados. Nótese que la proporción estimada de embarazos deseados es apenas del 40%, por lo que el cálculo se realiza con el 60% restante.

⁷⁵ Aproximadamente el 40% de los embarazos anuales son deseados y del 60% restante 35 puntos corresponden a abortos y 25 puntos a embarazos no deseados que llegan a término [Ferrando, 2002: 27].

De este cuadro se puede además deducir que el número de casos de falla desde que se lanzó la píldora es de aproximadamente 97 mil nacimientos, que constituyen testigos vivientes que la píldora no es abortiva. He aquí otra importante explicación de por qué los grupos conservadores tratan de eliminar la distribución con tanta insistencia, ya que la realidad desmiente su prédica y si la difusión se da en el sector público las cifras se pueden multiplicar, quedando en evidencia la falsedad de su mensaje y hasta la falibilidad papal.

Un estudio recientemente publicado por Delicia Ferrando señala que como resultado de las políticas conservadoras de Solari-Carbone, se ha producido una disminución del uso de los métodos llamados modernos (especialmente los hormonales, los dispositivos intra-uterinos y la anticoncepción quirúrgica) a favor del incremento de los llamados tradicionales (básicamente la amenorrea por lactancia materna exclusiva y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad). En el Gráfico 12, se muestra la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (MACs) en mujeres unidas en el Perú, que indica que un magro 69% utiliza algún tipo de método y sólo 50% del total corresponde a métodos modernos. Tan baja prevalencia refuerza la necesidad de contar con anticonceptivos de emergencia en la gama de métodos.

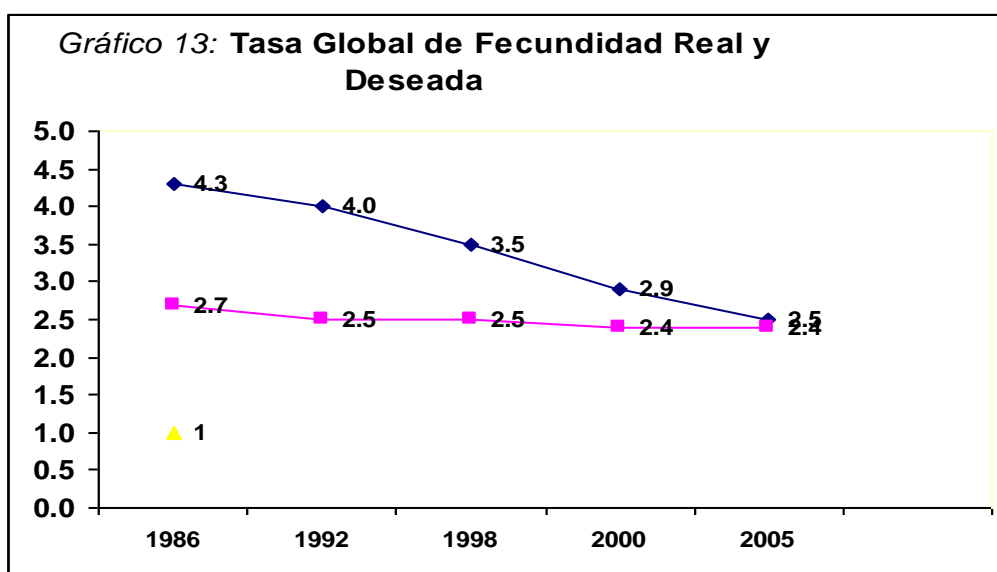


Fuente. ENDES Continua 2004-2005 [INEI].

Pero la tasa global de fecundidad ha continuado descendiendo acercándose a la deseada, lo que implicaría que los embarazos no deseados están creciendo y, por ende, también lo estarían haciendo los abortos clandestinos, pero esto ha sido amortiguado por la presencia de la AOE fundamentalmente en el sector privado, ya que la distribución pública ha estado parcialmente bloqueada por los procesos legales. Ferrando estima que para el 2005 la cifra de abortos en el Perú es de 376 mil casos al año, pero *“... esta cifra sería superior a 400 mil si no fuera por la expansión del uso de la anticoncepción de emergencia...”* [Ferrando, 2006: 29]. Otros especialistas del Colegio médico del Perú (CMP) y de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) comparten plenamente esta hipótesis. Por consiguiente, la píldora de AOE no solamente no sería abortiva sino que contribuye como una de las estrategias para reducir la incidencia de abortos en el país, pero la acción del sector privado es claramente insuficiente dada la magnitud de los abortos estimados.

Nótese sin embargo, que la distribución farmacéutica es básicamente urbana y está dirigida a los sectores con capacidad adquisitiva. Es decir, que aún se requiere de la necesaria acción del Estado para llegar a los sectores peri-urbanos, rurales y de menores recursos que son precisamente los que más la necesitan y los más perjudicados por el bloqueo sistemático existente para impedir su distribución pública, no sólo en nuestro país sino también en algunos países vecinos. Por ello, es para muchos incomprensible el fallo del Tribunal Constitucional, aunque la demanda estuviera enfocada sólo contra el sector público.

En el Gráfico 13, se muestra la evolución de la tasa global de fecundidad real u observada (en color oscuro en la parte superior) y la tasa fecundidad deseada (en color claro en la parte inferior). En éste se puede observar como se está cerrando la brecha entre la fecundidad deseada y la real, subsistiendo la interrogante de cómo es eso posible si la prevalencia de uso general no se ha incrementado y, por el contrario, el uso de los métodos más eficaces se ha reducido. Siendo las personas de menores recursos las más expuestas a prácticas clandestinas y para reducir el costo éstas además se realizan en condiciones de alto riesgo.



Fuente. ENDES Continua 2004-2005 [INEI].

Esta evolución es muy significativa porque indica que efectivamente existe una voluntad manifiesta de los peruanos por reducir su fecundidad. Esto desmiente palmariamente el discurso de los detractores que pretende conservar patrones tradicionales, porque conviene a sus intereses y movilizar a la población contra los métodos anticonceptivos modernos, como si el Estado forzara su adopción. Esta información confirma también que existe una aspiración de la población, inclusive la rural, por evitar embarazos no deseados, no esperados o no planificados. Por ello, la frase de un past-presidente de SPOG continúa siendo vigente: La AOE es una necesidad, una opción y un derecho.

Actualmente en Europa se ha registrado otra versión de píldora de AOE con un nuevo compuesto, el acetato de ulipristal que a diferencia del levonorgestrel no es un progestágeno sintético sino un esteroide que compite con la progesterona en los receptores moleculares. Este nuevo compuesto impide actuar a la progesterona y por lo tanto presenta un mecanismo que podría resultar controvertido en los países donde la legislación protege al óvulo fecundado. Su eficacia es similar a la del levonorgestrel en las primeras 72 horas, pero es más eficaz hasta las 120 horas. No obstante por ser una molécula innovadora su producción tiene un costo mucho mayor y el primer producto comercial se vende en Europa en cuarenta euros (€ 40) y está en proceso de registro y lanzamiento en los Estados Unidos bajo receta médica (a diferencia del levonorgestrel que es de venta sin receta para mujeres mayores de 17 años).

CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 Análisis desde una perspectiva social

En este capítulo se aborda el análisis desde una perspectiva de ciencias sociales sobre los aspectos no médicos ni jurídicos, que subyacen en el debate. Siendo en muchos casos conceptos vinculados entre sí por afinidad o por rechazo, su clasificación responde a las necesidades de esclarecimiento de la propia controversia. Dado que cualquier clasificación no deja de ser algo arbitraria se ha optado por abordar los conceptos en función de su pertinencia en el debate que nos ocupa, dando énfasis a los argumentos plasmados en los documentos o fuentes recopiladas.

6.1.1 El enfoque de derechos

Desde mediados del siglo XX, surge el concepto de los derechos humanos como una reacción a las trasgresiones de lesa humanidad de determinados movimientos políticos totalitarios que intentaron perennizar su poder expansionista y su visión del mundo, avasallando sectores minoritarios en sus países y los territorios vecinos, por la fuerza de las armas dando lugar a la Segunda Guerra Mundial. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 responde al consenso de la mayoría de naciones democráticas, contra el poder dictatorial del estado y la imposición de políticas ajenas al interés del ciudadano común. El consenso de los derechos humanos se basa en el reconocimiento que el ser humano es un fin en sí mismo y no un medio.

La declaración universal de estos derechos comprende el derecho a la vida, a la dignidad de la persona humana, a la libertad, a la justicia y a la paz en el mundo. La evolución de estos derechos es la de la lucha por liberarse de ideologías totalitarias y controlistas en la vida de las personas. En una primera instancia de esta lucha se reconocieron los derechos

políticos y civiles mediante la construcción de un ámbito conceptual con definiciones políticas, jurídicas y éticas [Tamayo, 2001: 23]. Pero una vez consensuado, el enfoque de derechos se ha ampliado y ha ido abarcando otros campos del quehacer humano, incluyendo la sexualidad y la reproducción. Estos conceptos son recientes y su reconocimiento no ha estado exento de una lucha ideológica entre grupos que los han impulsado y aquellos que, por el contrario, han pretendido negarlos o restringirlos, en la hipótesis que tales derechos pondrían en riesgo su posición, sus intereses o su visión de la vida misma [Kissling, 2007: 28].

El enfoque de derechos es percibido por algunos como una subversión al orden existente y tanto conservadores como religiosos tratan de descalificarlo en la medida que consideran que éste amenaza su concepción de la sociedad y el orden moral que la rige. Este enfoque es relativamente reciente y, más aún, el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos. Es más, los primeros han sido seriamente cuestionados por los grupos conservadores, con la Santa Sede a la cabeza, durante las jornadas preparatorias y las sesiones de consenso en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebradas en El Cairo en 1994 [Petchevsky, 2001: 27], así como en las cumbres posteriores de Cairo+5 y Cairo+10 (en las cuales El Vaticano participa como “estado” en las conferencias de las organizaciones de las Naciones Unidas).

Tal como se ha mencionado en el marco conceptual, los derechos sexuales comprenden los de gozar de una vida sexual gratificante y saludable; a no ser discriminado o discriminada por razones sexuales ni estar sujeto a la presión o a la violencia; y a decidir si tener o no tener relaciones sexuales. Mas está claro que ciertos conservadores encontraban que el derecho al placer o goce sexual es totalmente contrario a la moral punitiva de las religiones y se opusieron a su reconocimiento en la citada conferencia de El Cairo. Otro aspecto crucial para los opositores es que si ejercer la sexualidad independientemente de la procreación fuera un derecho, entonces concebir se presentaría como una conculcación contra su ejercicio [Chomali, 2003: 11], lo cual para ellos es inaceptable. No es casualidad por lo tanto, que la Santa Sede lograra bloquear este concepto, en alianza con las representaciones de los países

musulmanes igualmente represivos; en este tema la cruz y la media luna se olvidaron de la rivalidad histórica entre ellas y se aliaron, según consta en las minutas preparatorias de la CIPD. Es decir que, para los conservadores religiosos, lo que está en juego es mucho más que el tema ético sexual en sí mismo.

Por los reproductivos se entienden como los derechos a decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de los hijos y de disponer de información, educación y medios (servicios y métodos anticonceptivos) para hacerlos viables, así como a disponer del beneficio de los conocimientos científicos en la materia. Esto último es particularmente aplicable a los denominados métodos anticonceptivos modernos (básicamente los hormonales, de barrera, intrauterinos y quirúrgicos). En este punto, cabe reflexionar que el ejercicio de la mayoría de los métodos modernos implica la disponibilidad y provisión de productos anticonceptivos específicos, tal como se explica en el capítulo del sector privado. Es decir, que el comportamiento mediante el uso pasa por el lógico consumo de un producto o insumo determinado y, consecuentemente, su disponibilidad está asociada al ejercicio de este derecho. Por ello, la Defensoría Adjunta de la Mujer demandaba al MINSA la provisión de insumos durante la gestión de F. Carbone y los detractores de la AOE no entendían la alianza entre organizaciones sociales diversas –incluyendo las feministas– y los laboratorios proveedores, pretendiendo confundir vanamente a la opinión pública que la relación era un asunto de intereses mercantiles.

Pero debe entenderse que ciertas organizaciones feministas por su parte supieron separar el aspecto mercantil –la marca– de la categoría genérica del producto, mostrando abiertamente el empaque primario (blister) como símbolo de la campaña mediática (principalmente en diarios y TV) para defender al método. Por otro lado, debe notarse que en la medida que las organizaciones feministas hicieron suya la agenda de los derechos reproductivos, entonces de reciente formulación, las estrategias públicas –incluyendo las de agencias multilaterales– variaron de lo puramente poblacional y del desarrollo equilibrado a lo social, con una perspectiva de derechos y también de género.

Nótese que la CIPD no creó o concedió expresamente nuevos derechos sino que reconoció los existentes y desarrolló sus dimensiones [Tamayo, 2001: 9]. Es decir, entendiendo que los derechos constituyen una construcción humana y, consecuentemente, se encuentran en pleno proceso de enriquecimiento. De allí también la disconformidad de los grupos conservadores que consideran que habría un permanente estiramiento de los derechos humanos, poniendo en riesgo el orden existente. El enfoque de derechos representa todo un cambio de paradigma y, como tal, un nuevo reto laico. La laicidad en estos conceptos para los conservadores pone en riesgo la sobrevivencia de la iglesia como institución tutelar.

Durante siglos los religiosos han trabajado paciente y persistentemente para reservarse la ética, los valores y la defensa de la vida como si las demás instituciones no pudieran ser igualmente defensoras de valores y de la vida. Y toda esa trayectoria para ellos se puede echar a perder. Peor aún, ellos saben que su modelo está lleno de incoherencias y ha ido perdiendo vigencia. Existen numerosos casos de trasgresiones por parte de miembros del clero y los papas Juan Pablo II y Benedicto XVI⁷⁶ se han visto conminados por los familiares de las víctimas a pedir disculpas públicamente, al menos en los casos de pederastia, donde no sólo se han roto votos de castidad, se han mantenido relaciones con niños o niñas, sino además, muchos del mismo sexo y, por último, la jerarquía eclesiástica ha encubierto los casos y ha pagado indemnizaciones para acallar a las víctimas (es decir, acumulando una conducta tras otra). Esos casos, aún aceptando que fueron minoritarios, son un indicio inocultable de la crisis de los valores religiosos. Denotan además que las iglesias no detentan el monopolio de la ética. Es más, los valores religiosos no han sido suficientes para evitar tales trasgresiones ni garantizar un orden más justo. Por consiguiente, la sociedad civil contemporánea ha ido desarrollando sus propios códigos de ética, no tanto en reemplazo sino como complemento de la ética religiosa, lo cual es observado con desconfianza por los grupos conservadores.

⁷⁶ SS Juan Pablo II por los casos denunciados en Nueva Inglaterra (Boston) y Benedicto XVI por los de Australia, Irlanda y otros países.

Las políticas públicas son un claro ejemplo de cómo la normatividad civil ha avanzado en reglas de convivencia a través del derecho y la incorporación en las legislaciones nacionales de los programas de acción surgidos o reforzados a través de las conferencias internacionales, marcando el fin de la hegemonía eclesiástica en los temas sexuales y reproductivos. Por ello diversas organizaciones religiosas, especialmente las católicas, han rechazado el enfoque de derechos y se han opuesto a la aceptación de los métodos hormonales, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia (AOE) como el desarrollo más reciente de éstos. Los métodos modernos posibilitan además un nuevo estilo de vida en el que las mujeres se van emancipando conforme disponen de mayor libertad y acceden a la educación superior o a nuevas oportunidades ocupacionales. Estos avances han contribuido en el reemplazo progresivo del orden patriarcal.

6.1.2 El patriarcado y el orden social

Desde el inicio de los tiempos los individuos han tenido la pulsión de dominar su entorno, incluyendo a las personas. Para ello han desarrollado no sólo acciones de conquista sino también ideologías tendientes a justificar o garantizar sus ambiciones. En la mayoría de las civilizaciones esta justificación ha recurrido a lo religioso como elemento de legitimación [Blancarte, 2008: 30]. La justificación por designación divina ha sido utilizada universalmente para establecer dinastías de soberanos con mayor o menor permanencia y, alrededor de éstas, se ha construido un control social que ha jugado un rol preponderante para mantener el status. Ante la ausencia de instituciones en los primeros estadios de tales sociedades, el patriarcado ha sido un instrumento recurrente de hegemonía. La centralización del poder en patriarcas ha constituido así un modelo de múltiples variaciones y un mecanismo relativamente simple y eficaz para el control social y la construcción de una red de estructuras familiares, tribales, políticas y económicas, para garantizar la permanencia del orden social existente, que la anticoncepción moderna –en manos de las mujeres– ha contribuido a convulsionar.

Al margen de nuestra percepción contemporánea, el patriarcado ciertamente ha funcionado durante muchísimos siglos y ha cumplido un rol

primordial, con las peculiaridades propias de cada realidad concreta, estableciendo el primer orden social en no pocas civilizaciones. Ese orden generalmente se reflejaba en todos los ámbitos de la vida de las personas bajo su dominio y ha dejado una inercia en el desarrollo de civilizaciones posteriores. El problema como toda fuerza inercial, sin embargo, es que se asume lo logrado como dado o establecido y no acepta redefiniciones ni es fácil de reemplazar. Aún hoy en día hay rezagos notorios del orden patriarcal y existen sectores que se resisten al cambio, especialmente aquellos que se sienten beneficiarios del orden existente y anhelan conservar su situación. A estos sectores, sin afán peyorativo, podemos en adelante denominarlos como “conservadores” en tanto son resistentes a los cambios sociales y pretenden conservar su posición relativa, la cual sienten amenazada ante un nuevo enfoque de derechos [Kissling, 2007: 20]. No cabe poner en duda que ese temor para ellos sea genuino, en cuanto se basa en un asunto valorativo. Pero lo concreto es que existen posiciones anti-derechos y hay grupos que sienten amenazado su estilo de vida y sus fuentes de poder, hasta los cimientos. El enfoque contemporáneo de derechos enfrenta pues rezagos patriarcalistas en diversos campos, uno de los cuales es el sexual y reproductivo así como el desarrollo de las mujeres en el mundo contemporáneo [Kissling, 2007: 19]; más aún, diversos analistas sociales y políticos consideran que esto tendría repercusiones tales, que pondrían en riesgo toda la estructura del orden social [Rubin, 1989: 122].

Aunque toda sistematización corre el riesgo de caer en determinismos –es decir en explicaciones únicas, en lugar de factores múltiples– resulta indispensable aquí rescatar algunos elementos del patriarcalismo cuyo rol estamos relevando en el pensamiento conservador, en defensa de su noción del orden social. Por patriarcado se entiende la categoría sociológica usada para definir una organización social en la cual los miembros masculinos de la sociedad tienden a predominar en posiciones de poder, lo que es tomado como “natural”, basado en la supuesta superioridad biológica del varón. Inclusive, a pesar de los avances progresivos de la anatomía, hasta el siglo XVIII mantuvieron la noción de un solo sexo -el masculino- y acomodaron los conocimientos a la ideología prevaleciente y la forma en que se organizaba la sociedad

entonces, justificando la superioridad del varón como parte de su cosmovisión y como una convención universalmente aceptada. Tal situación no solamente excluía a las mujeres de posiciones de poder – salvo muy escasas excepciones– sino que la consideraba un ser incompleto o inmaduro. Esta condición de hombre incompleto habría justificado que la mujer esté bajo la tutela del hombre y de allí la oposición al largo proceso de emancipación de ésta y de su reconocimiento como un igual en un mundo patriarcal.

El patriarcalismo por su parte es un sistema de dominación que usa los elementos del patriarcado para acaparar el control e imponer conductas sociales, tomadas como válidas por espontáneas, para fortalecer sus fines; es decir para conservar las posiciones detentadas de privilegio económico, político y/o social. Este poder se vale de las instituciones existentes y de lo tradicional para justificar su control sobre el orden de las cosas y conservarlo. El patriarcalismo tiene acepciones que van desde el paternalismo tradicional hasta el patrimonialismo, cuyo esquema de dominación se basa en el uso del patrimonio, y comprende desde el liderazgo tribal (como en el patriarca bíblico Abraham) hasta su proyección en todos los ámbitos, incluyendo el poblacional y afines. El patriarcalismo se caracteriza, entre otros elementos, por la división sexual del trabajo y el confinamiento de las mujeres al ámbito doméstico. A lo largo de la historia el pensamiento patriarcalista de la sexualidad sin embargo no ha sido monolítico, sino que ha ido cambiando y resignificándose en las distintas culturas sociales. No obstante esa evolución, a fines del siglo XIX y albores del siglo XX el patriarcalismo encuentra en la moral victoriana una plena identificación, reprimiendo la sexualidad particularmente en el ámbito público, aunque en lo privado se mantuvieron conductas liberales en todos los estratos sociales. Sin perjuicio de ello, un rasgo importante del patriarcalismo es la voluntad de control y subordinación de la mujer en diversos aspectos, incluyendo nítidamente el sexual.

Ese orden patriarcal de alguna manera coincide también y se convalida con lo religioso. A partir de la discusión de las ideas malthusianas y su repercusión en los aspectos demográficos, poblacionales y de control de la reproducción humana, las iglesias no pudieron sustraerse al debate y la

católica, quizás por ser la más organizada y consistente, ha liderado la defensa del orden establecido, aunque ciertamente no es la única, pero definitivamente la más representativa del conservadurismo. A esto debe añadirse que la iglesia católica a lo largo del tiempo ha acumulado un considerable patrimonio y adquirido un enorme poder político, constituyéndose en la única iglesia que detenta su propio Estado (El Vaticano). Por consiguiente la Iglesia católica como institución no solamente se representa a sí misma, sino a ciertos sectores de la población.

6.1.3 Iglesia y patriarcalismo

En muchos países latinoamericanos la Iglesia católica ha sabido posicionarse desde el inicio de las juntas libertadoras sirviendo como institución cuasi-neutral, aunque con una presencia dual en el poder monárquico y en los ejércitos libertadores. No son pocos los clérigos que, siendo mayoritariamente criollos y no peninsulares, participaron activamente en las luchas emancipadoras [Klaiber, 1996: 68] y una vez instaladas las repúblicas latinoamericanas, consiguieron que la iglesia católica sea reconocida como participe del movimiento independentista y como institución tutelar al servicio de los nuevos estados. Su rol en la beneficencia y educación públicas durante la colonia le redituó además un enorme prestigio, al cual apelaron para mantener roles tutelares y beneficios. Tampoco es mera casualidad constatar que las iglesias siempre han estado del lado del poder, salvo cuando han sido expresamente excluidas por movimientos laicos recelando de su alianza previa con el régimen realista. Por lo tanto, la expansión de la laicidad y la separación de competencias, es una amenaza muy concreta a los intereses particulares de la Iglesia católica en países como el Perú.

En nuestro país la propia constitución le dio reconocimiento expreso y más aún le otorga a la iglesia católica un status diferenciado y beneficios tributarios, respecto de otros credos religiosos. Tampoco ha sido casual que desde el Estatuto Provisional del protectorado de San Martín en 1821 se estableciera en el artículo 1º de la Sección Primera que: “*La religión católica, apostólica y romana, es la religión del Estado ...*” [Armas Asín, 1998: 23]. También la Constitución Vitalicia de 1826 en su Título II,

artículo 6º repite que: “*La religión del Perú es la religión católica, apostólica y romana...*”. Once años después, al constituirse la Confederación Peruano-Boliviana en 1837, en el artículo V se explicita que: “*La religión de la Confederación es la católica, apostólica y romana...*”. Para que no quepan dudas, dos años después, en la constitución de 1839 el historiador Pareja Paz Soldán, citado por Armas Asín, precisa que en el artículo 3º del título II se establece que: “*Su religión es la Católica, Apostólica y Romana, que profesa sin permitir el ejercicio público de cualquier otro culto*”. Nótese aquí el acento intolerante y excluyente de entonces. Así que no fue sino hasta 1915 que se aprobó la tolerancia de cultos en el Perú y aunque actualmente no es un estado confesional –fracasó la consagración al sagrado corazón de Jesús en mayo de 1923 gracias al Frente Único del movimiento obrero y la federación de estudiantes universitarios– tampoco es un estado laico declarado.

Otra constatación relevante es que desde la colonia, la iglesia católica mantenía un cuantioso patrimonio en nuestro país, conformado no sólo por los numerosos templos –algunos monumentales– e iglesias en las principales ciudades y poblados en todo el territorio, sino conventos, escuelas, colegios, cementerios, terrenos rurales, granjas, fundos agropecuarios y fincas urbanas, adquiridas, adjudicadas o heredadas. De 3,941 edificaciones registradas en Lima en 1792, unas 1,135 (casi un tercio) eran de la Iglesia [Klaiber, 1996: 20]. La iglesia católica además poseía títulos valores o intangibles producto de préstamos o garantías prendarias, que fueron motivo de ardorosas disputas legales a lo largo del siglo XIX⁷⁷. Esas disputas inclusive dieron lugar a diversas leyes con nombre propio para literalmente despojarla de parte de su enorme riqueza. Así que la Iglesia católica peruana, en diversas ocasiones, ha visto peligrar su patrimonio y ha sido especialmente cuidadosa en establecer alianzas con las clases dirigentes y económicamente dominantes, cuyo patrimonio también podría verse afectado por los

⁷⁷ Las denominadas cajas del censo fueron sometidas a una desamortización forzada liberando las garantías prendarias.

cambios sociales. Peor aún cuando los cambios sociales dan lugar a cambios políticos que modifican drásticamente el *status quo*⁷⁸.

Dado su inmenso patrimonio la iglesia naturalmente tiene intereses propios y es muy vulnerable a las modificaciones del régimen tributario. Sólo por impuesto predial las propiedades de la iglesia deberían pagar cuantiosos tributos. Por ello desde la colonia la iglesia ha demandado de diversas exenciones o exoneraciones y ha tratado de conservarlas en la república, en alianza con el poder de turno. Durante décadas la iglesia había mantenido un patronato arrogándose el rol de guía espiritual de la nación, celosa guardiana de la ética pública, encargada de la educación religiosa –y por extensión de la educación pública y privada– del tutelaje de enfermos de ciertas instituciones de salud y de los primeros registros públicos. Adicionalmente, la iglesia católica ha mantenido otros vínculos con el Estado Peruano mediante acuerdos suscritos con el Estado Vaticano que se conocen como el “Concordato”, que comprende obligaciones y concesiones entre las partes, desde exenciones tributarias hasta la vicaría general del ejército⁷⁹.

La calificación de celosa guardiana no es gratuita, ya que la Iglesia pretende reservarse tal rol en exclusiva y sólo a partir de la tolerancia religiosa de cultos ha ido cediendo posiciones frente a otras propuestas como la educación protestante y, más recientemente, la ética laica. Tal avance en el primer cuarto del siglo XX en el caso del Perú, propició una alianza entre la iglesia y los grupos conservadores que se fortaleció como reacción al surgimiento de los partidos de masas (aprismo, comunismo y fascismo urrista⁸⁰), conforme el régimen del presidente Augusto Leguía se fue transformando en autoritario y decadente. Con ello, la Iglesia católica se consolidó como representante nato del conservadurismo peruano y un interlocutor importante en el debate que nos ocupa. A esto se suma el interés de la iglesia para aliarse con las élites dominantes y garantizar el

⁷⁸ Un caso relativamente reciente como referencia de lo dicho ha sido Cuba por ejemplo, donde la iglesia y la elite empresarial pre-castrista perdieron hace medio siglo su patrimonio o, al menos, la enajenación económica de éste. Así que la iglesia es la principal interesada en recordarle permanentemente a las clases propietarias de predios y medios de producción que la suerte de sus respectivos patrimonios está vinculada.

⁷⁹ Hasta el presente existe un capellán general con rango de obispo y capellanías en los institutos armados que forma parte del “concordato” suscrito durante el régimen militar en 1970.

⁸⁰ El apelativo de urrista es derivado del partido Unión Revolucionaria, encabezado por el carismático Luis Sánchez Cerro.

flujo futuro de recursos materiales y humanos. Para ello, la iglesia y los grupos conservadores han requerido el mantenimiento de las instituciones sociales, el estilo de vida y la forma en que se organiza la sociedad, con los hombres ocupándose de los diversos ámbitos públicos y la mujer subordinada al ámbito del hogar (un dicho popular sintetiza que “*El universo es el hogar del hombre y el hogar es el universo de la mujer*”). Todos estos elementos confluyen en el poder que acopia la propia iglesia para defender el orden establecido y atacar todo aquello que pueda representar un riesgo, como es el caso de la revolución sexual y la eventual liberación de las mujeres, en lo que sin duda, ha colaborado la anticoncepción moderna.

La anticoncepción moderna ha permitido que hombres y mujeres regulen su fecundidad no sólo en el número de hijos sino en el período intergenésico, contribuyendo a la reducción de la tasa global de fecundidad, lo cual a su vez ha incidido en la tasa de mortalidad atribuible a la maternidad. Desde esta perspectiva, apreciamos que es un tema de salud pública; pero además tiene un efecto demográfico, es decir que también tiene incidencia en el manejo poblacional; y a éstos, ahora se ha incorporado el ingrediente de derechos. A partir de la CIPD en El Cairo, las organizaciones feministas de defensa de los derechos de las mujeres hicieron suya la agenda y ante la apertura del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población –UNFPA en inglés– sumaron el enfoque de derechos. Desde la aparición de la píldora en 1960, las mujeres de manera creciente comprendieron que su autonomía estaba ligada al ejercicio de los derechos reproductivos y participaron activamente en los trabajos preparatorios de las conferencias siguiendo la trayectoria abierta por Margaret Sanger, mencionada en los antecedentes. Así es como un tema que inicialmente era “de población”, derivó en “salud reproductiva” y luego evolucionó a uno de “derechos” a pesar de la oposición del Vaticano y sus aliados.

6.1.4 La ética laica en el estado moderno

Toda ética conlleva valores y por lo tanto debería admitirse la pluralidad; es equívoco pensar que la ética es exclusiva de las religiones [Londoño, 2002: 167]. Sin embargo las jerarquías eclesiásticas pretenden arrogarse

el monopolio de la ética que debe regir la sexualidad en los países donde son las hegemónicas. Esto es especialmente marcado con la jerarquía de la iglesia católica y algunas evangélicas que consideran que el sexo debe tener fundamentalmente fines reproductivos y debe practicarse la abstinencia total hasta el matrimonio, los cuales constituyen valores que considera sagrados y fundamentales. Esto no ha sido siempre así y desde su fundación las iglesias protestantes tenían una actitud más tolerante y dejaban las cuestiones del sexo conyugal a la conciencia de cada persona [Brundage, 2000: 581]. Pero conforme se produjo una radicalización en la iglesia católica para ésta la familia pasa a ser también encargada de la moral de sus integrantes. Las iglesias cristianas en general propugnan la defensa de la familia como una institución de control de los individuos y esperan que la educación intra familiar redunde en la perennización de la Iglesia como ente tutelar. Posteriormente esto se ha visto reforzado por las encíclicas papales desde finales del siglo XIX y particularmente del siglo XX como la Familiaris Consortio luego del sínodo de obispos de octubre de 1980. Existe además un trabajo sostenido en el tema desarrollado desde el Comité para la Familia creado por el papa Paulo VI en 1973. El Comité posteriormente fue reconstituido como Pontificio Consejo para la Familia por el papa Juan Pablo II en 1981 para la promoción pastoral en este campo, comprendiendo temas de teología, espiritualidad conyugal, derechos de la familia y del niño, abarcando aspectos bioéticos, demográficos, anticonceptivos, de ingeniería genética y aborto, entre otros. El discurso específico sobre la familia se retoma más adelante.

La Iglesia católica se considera además como una institución “experta en humanidad” –calificada así por Paulo VI– y rechaza la competencia del Estado para decidir sobre determinadas políticas públicas como las de salud reproductiva [Comisión Episcopal de la Familia 1998]. En la Carta Encíclica *Humanae Vitae* [Paulo VI 1968: 1] el papa Paulo VI establece que los esposos tienen el gravísimo deber de transmitir la vida humana, como colaboradores libres y responsables del Dios Creador. Añade, que en todos los tiempos eso ha planteado serios problemas en la conveniencia de los cónyuges, pero la actual transformación de la sociedad ha hecho surgir algunas cuestiones que la Iglesia católica no

puede ignorar. Muchos manifiestan el temor que la población mundial crezca aún más rápido que las reservas de que dispone y se asiste asimismo a un cambio en la personalidad de las mujeres y su puesto en la sociedad. Paulo VI consideraba que también el hombre ha realizado progresos estupendos en el dominio de las fuerzas de la naturaleza y tiende a extenderlo al cuerpo, la vida psíquica, social y hasta la regulación de la transmisión de la vida. Asimismo, señaló que era indicado revisar las normas éticas hasta entonces vigentes, más aún extendiendo la aplicación del llamado “principio de totalidad”.

La Encíclica establece que es competencia del magisterio de la Iglesia interpretar la ley natural (*sic*) y las cuestiones referentes a la vida conyugal, particularmente la regulación de la natalidad, la cual hay que considerarla a la luz de una visión integral. Siendo que el matrimonio es una sabia institución del Creador para realizar su designio de amor en la humanidad, en los bautizados éste reviste la dignidad del signo sacramental de la gracia en cuanto representa la unión de Cristo y de la Iglesia. Los esposos se deben una recíproca donación personal; el matrimonio y el amor conyugal están ordenados a la procreación y educación de la prole. En relación con los procesos biológicos, para el papa la paternidad responsable significa el conocimiento y respeto de sus funciones; comporta el dominio que sobre el instinto y las pasiones, ha de ejercer la razón y la voluntad; los esposos por tanto no quedan libres para proceder arbitrariamente. Según la Encíclica, Dios ha dispuesto leyes y ritmos naturales de fecundidad y espaciamento de los nacimientos; por ello todo acto conyugal debe quedar abierto a la transmisión de la vida, de acuerdo al plan de dios; así el acto conyugal tiene un doble significado unitario y procreador [Paulo VI, 1968: 10].

Por ello, para la Iglesia católica el estado laico no debe intervenir en este orden y mucho menos subvertirlo; es decir que no debe promover valores diferentes. Según su perspectiva religiosa conservadora, cuando se suprime la consecuencia negativa de la trasgresión a una norma, se la subvierte [Shepard, 2004: 144]. Por lo tanto la iglesia mantiene un discurso constante sobre el ejercicio de la sexualidad únicamente dentro del matrimonio, promoviendo los métodos de regulación de la fecundidad

mediante la identificación de los días fértiles (y los infértiles por descarte). La iglesia por ello, promueve la castidad como “alternativa al descontrol de las pasiones” y la calificación de sacramento al matrimonio [Pontificio Consejo para la Familia, 1995: 9].

Este discurso de los conservadores católicos a favor de la abstinencia tiene dos ejes; el primero, es el incentivo de estar en estado de gracia, sin pecado; y el segundo, es punitivo o sea un desincentivo que se traduce como un temor al castigo (en tal caso un embarazo no deseado y/o las enfermedades de transmisión sexual). Por ello el discurso de los líderes religiosos es que el condón no es efectivo y los anticonceptivos modernos son abortivos. Para ellos, los programas que proveen información y servicios a los jóvenes para mantenerse saludables, están fomentando la genitalidad y, por ende, el pecado y, por lo tanto, subvirtiendo el orden moral establecido por ellos. Según su lógica, es más importante prevenir el pecado sexual que prevenir la muerte, la enfermedad o la interrupción del proyecto de vida de las mujeres y los jóvenes [Shepard, 2004: 146]. Es decir, que consideran que la sola información equivale a una promoción del ejercicio de la sexualidad, en la errónea opinión que el silencio del tema o la ignorancia son factores protectores (“*cuánto menos sepan los jóvenes mejor*”), a pesar que las evidencias demuestran lo contrario [Ugarteche y Bracamonte, 2011: 203]. Esto explica por que con la mayoría de programas de salud reproductiva, que suelen ser muy activos en la difusión de información, subsiste un prejuicio considerable contra la promoción de los métodos y la AOE en particular (lo cual es claramente aplicable toda vez que APPRENDE, Flora Tristán y otras organizaciones repartieron cientos de miles de folletos sobre la AOE).

Para las organizaciones feministas, la defensa del método estuvo centrada en la disponibilidad de éste en el sector público (aparentemente el riesgo de prohibición en el sector farmacéutico era más remoto aunque estaba relegado al resultado del proceso judicial en curso). Así el discurso de las organizaciones feministas no privilegió los argumentos vinculados a la autonomía de las mujeres, sino que ha sido mayoritariamente de respaldo a las evidencias científicas y a la definición del momento de inicio de la vida [Dador, 2010: 52]. En otras palabras, su posición era que si el

método era legal no hay conflicto ético y debe estar disponible en cumplimiento de las normas correspondientes.

6.1.5 Los conservadores y el orden social

Los grupos conservadores como Opus Dei, Sodalicio de Vida Cristiana, Avanzada Católica y otros similares, insertados en la sociedad peruana, consideran que el mundo enfrenta una crisis de deterioro moral con la expansión de la laicidad, la pérdida del rol tutelar de las iglesias en general y de la iglesia católica en particular. Esto último tiene además otras connotaciones patrimoniales en tanto la iglesia católica es sin duda la institución particular más rica del mundo y ese patrimonio está en riesgo. No es un secreto que la iglesia católica en muchos países ha suscrito tratados o concordatos con el Estado, es decir convenios por los cuales se arroga no sólo un rol de defensora de la moral pública, sino también ser la encargada de impartir valores en la educación pública, a través de cursos de religión en las instituciones educativas estatales y servicios de capellanía en los institutos armados y policiales en muchos países latinoamericanos. Además no sólo es su presencia en la educación pública sino también en la privada tanto a nivel escolar como en universidades, directamente a través de congregaciones religiosas o indirectamente a través de patronatos y organizaciones civiles. A través de algunas organizaciones civiles, las iglesias han incursionado en actividades conexas como imprentas y editoriales, además de inmobiliarias, hoteles y hasta centros comerciales en los muchos predios que posee. Al respecto la iglesia es muy cauta y sólo ocasionalmente ha salido a defender su posición abiertamente, ya que generalmente lo hace a través de terceros en espacios políticos tras ser reconocida como interlocutora en diversas mesas de coordinación. Su voz en estos espacios es casi siempre la de respaldar el orden establecido. Nótese que en estos casos, los conservadores están representados por la iglesia y ésta es representada por múltiples asociaciones particulares, aparentemente laicas e incluso por movimientos o partidos social cristianos que recíprocamente los representa a ellos (son alianzas de doble vía).

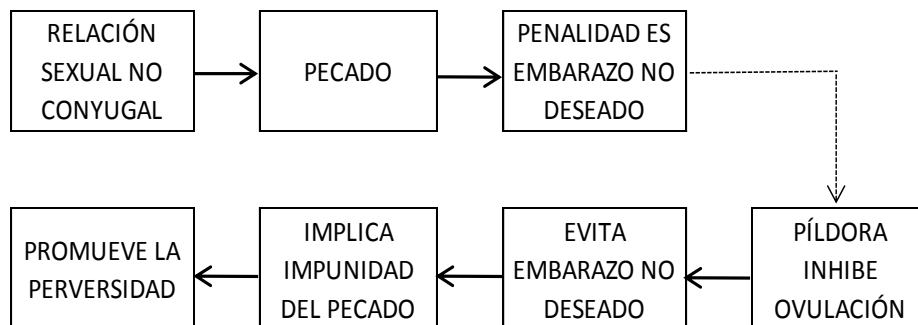
Por ello, la iglesia estigmatiza constantemente a todos los grupos que representan una alteración del orden social, por leve que parezca o por moderno que se presente. De allí su discurso contra la emancipación de la mujer y la aparente desnaturalización de ésta como madre, desatendiendo a los hijos y a la familia si propugna por la equidad de género y la igualdad de oportunidades. Por ejemplo, a través del púlpito la iglesia frecuentemente se pronuncia contra la “ideología de género”. A ésta se le atribuye la degradación del ser humano, el desorden sexual, la difusión de la promiscuidad y de la impunidad del pecado. En esa lógica, es interesante notar por qué para la iglesia existe una vinculación entre los métodos anticonceptivos y el pecado. Porque para la iglesia el sexo sólo debe ser fundamentalmente con fines reproductivos dentro del matrimonio –naturalmente heterosexual– y se debe suprimir el sexo con fines recreativos, salvo ciertas licencias dentro del sacramento indisoluble instituido por Dios padre en las sagradas escrituras para la unidad de las parejas [Pontificio Consejo para la Familia, 1995: 31].

Desde la previamente citada encíclica *Humanae Vitae* de julio de 1968 el papa Paulo VI condenó la regulación de la fecundidad por métodos no naturales⁸¹. Excluyó absolutamente como lícito para la regulación de los nacimientos, la interrupción directa del proceso generador iniciado y, sobre todo, el aborto directamente querido y procurado, aunque sea por razones terapéuticas. Excluye también toda acción que se proponga, como fin o como medio, hacer imposible la procreación. Tampoco se puede invocar como razón válida el mal menor. No es lícito, ni aún por razones gravísimas, hacer el mal para conseguir el bien. Entonces, para regular la natalidad únicamente sería lícito tener en cuenta los ritmos naturales inmanentes a las funciones generadoras para usarlos sólo en los períodos infecundos. En otras palabras, toda relación sin fines reproductivos constituiría un pecado y como tal debería ser sancionada [Shepard, 2004: 144]. Visto desde esa perspectiva su sanción sería un embarazo no deseado o no planeado. Entonces, si la anticoncepción hormonal moderna evita o previene el embarazo no deseado estaría

⁸¹ Nótese que la iglesia señala métodos en plural aún cuando el natural es uno sólo, constituido por la amenorrea o ausencia de ovulación por lactancia materna exclusiva, ya que los métodos basados en el conocimiento de la fecundación son creación humana; que no sean hormonales no los convierten en naturales.

haciendo impune a un pecado, lo cuál la convierte en un método perverso. En el gráfico 14 se ilustra la secuencia de tal razonamiento.

Gráfico 14: La anticoncepción hormonal y la impunidad del pecado



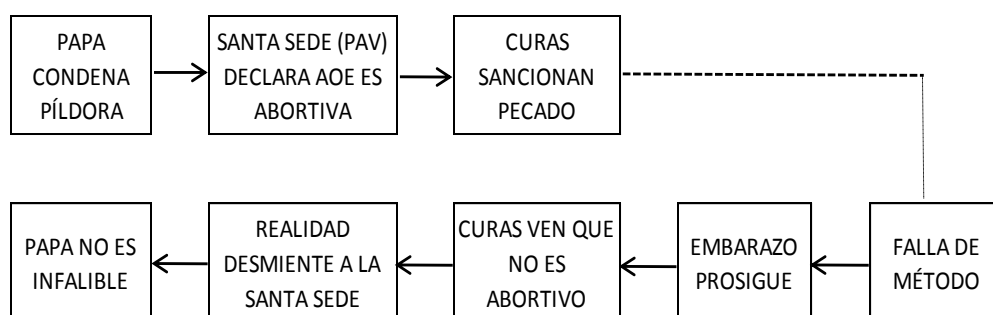
Fuente. Elaboración propia

De aquí se deriva la oposición recurrente a los métodos modernos y recientemente a la píldora de AOE. Pero como ese ataque no puede justificarse en una temida “perversidad” –por ser un concepto abstracto y árido para las grandes mayorías– entonces el discurso ha sido revestido de un contenido médico, atribuyéndole efectos abortivos. El discurso sobre los métodos anticonceptivos modernos fue actualizado por el Papa Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium Vitae* en marzo de 1995, afirmando que contradicen la verdad plena del acto sexual como expresión propia del amor conyugal. La mentalidad anticonceptiva es percibida como portadora de contravalores inherentes diversos del ejercicio responsable de la paternidad y maternidad. La anticoncepción se opone así a la virtud de la castidad matrimonial. A estas prácticas se les atribuyen raíces en una mentalidad hedonista y suponen un ejercicio egoísta de la libertad.

Por eso, la Pontificia Academia para la Vida está convencida que el uso de la anticoncepción de emergencia busca la terminación de un embarazo en progreso, lo que por sí mismo es inmoral. Aunque la Declaración de la Academia del Vaticano de octubre 2000 en dos líneas reconoce que antes de la ovulación la AOE actuaría como cualquier anovulatorio, el resto de párrafos desconoce flagrantemente que en caso de falla el embarazo sencillamente proseguirá. El referido presbítero Chomali sobre este mismo punto había argumentado que un riesgo potencial es un riesgo cierto (aquí la duda desfavorece al reo) y a falta de una certeza total hay un conflicto

ético. Para el representante de la PUCP, por ejemplo, independientemente de cuándo comience la vida, si hubiera una posible acción antianidatoria, aunque sea dudosa, la ley no puede obligar ya que en la duda del hecho debe abstenerse de éste (es decir, de la aplicación del método) por una defensa del derecho a la vida [Rubio y Fernández, 2004: 30] porque además trastoca los valores. Para la Comisión Episcopal de Familia los métodos anticonceptivos van contra el derecho a la vida. Esto no es exclusivo de la AOE sino de toda la anticoncepción hormonal y conlleva además el riesgo de descrédito de la Curia Romana, en la medida que una falla del método deja que el embarazo prosiga normalmente y eso constituye una evidencia de la falsedad del argumento que los métodos hormonales son abortivos y, con ello, que el mismo papa no es infalible no solamente frente al público sino frente al propio clero, que puede constatar que una mujer embarazada que acude al confesionario –a pesar de haber usado la píldora– es una prueba viviente de cómo la realidad desmiente a la curia romana. Lo anterior puede ser considerado muy grave para la iglesia y en el gráfico 15 se ilustra el argumento y las potenciales repercusiones de la falla en el uso de la AOE y de los anticonceptivos hormonales en general.

Gráfico 15: La anticoncepción hormonal y la falibilidad papal



Fuente. Elaboración propia

6.1.6 La sexualidad de las mujeres

El uso de argumentos medicalizados tampoco es nuevo. Entre los siglos XVIII y XIX se pretendió un contenido pseudo científico o higienista al control de la sexualidad [Bolufer, 1998: 212] en especial la de la mujer. Decimos pseudo científico porque estaba basado en creencias y prenociones en proceso de revisión con nuevos conocimientos; justamente entre los siglos XVIII y XIX se producen avances en las

disciplinas médicas, particularmente la patología, al permitirse el examen de cadáveres y la publicación de tratados de anatomía más elaborados [Lacqueur, 1990: 320] que obligaban a reinterpretar los conceptos anteriores. Desde la antigüedad Aristóteles e Hipócrates y posteriormente Galeno de Pérgamo y Sorano de Efeso teorizaron que la mujer era un hombre incompleto o insuficientemente desarrollado, cuyos órganos sexuales se habían quedado al interior de su cuerpo, a diferencia del hombre que los tenía al exterior. Una revisión de la literatura y textos de anatomía desde la antigüedad hasta la Edad Moderna [Lacquer, 1990: 262] muestra que la vagina y/o el útero eran considerados penes “invertidos” y los ovarios como testículos internos. La interpretación de la evidencia empírica era que existía una correspondencia inversa entre los órganos sexuales del hombre y la mujer, es decir que persistían en la creencia de un solo sexo y no dos, siendo los órganos del varón desarrollados externamente y los de la mujer no, permaneciendo incompletos y desubicados en el interior de su cuerpo. Tuvieron que transcurrir años de evidencia acumulada hasta que se aceptara que la mujer era de un sexo diferente del varón.

Sin perjuicio de lo anterior, en lo referente a la sexualidad subsistían también muchas creencias y mitos basados en la especulación o la extrapolación del comportamiento de otras especies. Tal es el caso por ejemplo de la creencia muy difundida que la ovulación y la fecundación en la mujer estaban relacionadas con el orgasmo hasta la segunda mitad del siglo XIX [Lacqueur, 1990: 310]. Esto tiene dos lecturas interesantes, la primera es que los médicos de esa época realmente sabían muy poco de la fecundación humana y los teólogos menos aún; la segunda es que acomodaban la escasa evidencia que manejaban –de las autopsias– a las creencias prevalecientes. En otras palabras, adaptaban la evidencia empírica a las convenciones aceptadas entonces. Como esas interpretaciones aparentemente daban sustento a ciertas creencias conservadoras, éstas se internalizaban como conocimientos científicos que eran aceptados por las autoridades eclesiásticas quienes se las apropiaban y luego las mantenían inamovibles, aún mucho después que la ciencia las corrigiera.

Por ejemplo, no sorprende que actualmente en el discurso de muchos detractores de la píldora de AOE, aún se da a entender que la ovulación coincide siempre con la relación sexual y, por lo tanto, el margen de 72 horas para tomar el anticonceptivo de emergencia no tiene tiempo para actuar preventivamente, dado que en su imaginario necesariamente habría un óvulo fecundado. Para ellos si trascurrieron 72 horas ya hubo unión de gametos porque donde dice “después del coito” ellos interpretan “después de la fecundación” pues los consideran simultáneos⁸². Hasta hace relativamente pocos años prevalecía la creencia que la ovulación, la fecundación y la implantación eran virtualmente instantáneas. Recién con el desarrollo de las técnicas de fertilidad asistida –a las que la Iglesia se opone– se conoce que tal premisa es falsa en la especie humana⁸³, que pueden transcurrir varias horas y a veces días entre el acto sexual, la ovulación y la fecundación, así como entre ésta y la implantación del óvulo fecundado. Pero los conservadores creen que al día siguiente de la relación sexual “...ya hay un bebito...” como han sostenido públicamente ciertas autoridades eclesiales y voceros de connotados grupos conservadores, expresado además en diminutivo para respaldar una corriente de opinión a favor del “no nacido”.

Para el patriarcalismo tradicional la mujer ha sido básicamente un útero obligado a gestar su descendencia, la siguiente generación. Ella ha sido considerada por siglos como un objeto sexual subordinado al hombre y no como un sujeto; es decir que la mujer ha sido vista así como el medio para perpetuar la especie. También aquí la anticoncepción moderna es percibida como un desafío a los planes divinos. Ésta ha sido uno de los elementos clave en la liberación de la mujer de la maternidad sin remedio, el trabajo doméstico y su ulterior proyección en la igualdad de oportunidades de educación, de empleo y hasta el reconocimiento paulatino de la diferencia de género, pero está dando término a la maternidad como obligación ineludible e impostergable. Con la anticoncepción ahora es una opción cuántos hijos tener y cuando tenerlos.

⁸² En el discurso oral en los púlpitos inclusive suelen mencionar “bebé” en lugar de embrión o cigoto –nombre biológico del óvulo recién fecundado– mórula (al iniciarse la subdivisión de células) o blastocisto, que es el estadio previo a la implantación y que da inicio al proceso de gestación en la madre.

⁸³ No todas las especies tienen el mismo comportamiento y por ello las investigaciones modernas se realizan entre diferentes especies y diversas etapas, siendo las últimas con seres humanos cuando las implicancias éticas lo permiten.

Esto por sí sólo representa una revolución del orden preexistente y su proyección en el ámbito social, cultural y económico ha trastocado el rol tradicional de la mujer. Y el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos era una demanda generada desde el siglo XIX [Ávila, 2002: 63].

Sucede que para los patriarcas –desde los tiempos bíblicos– la mujer es un ser voluptuoso, inmaduro, irracional, emotivo y peligrosamente sensual. En el mito de Eva (o Pandora), la mujer es la responsable instigadora del pecado original y la iglesia está para recordárselo. Las escrituras bíblicas contienen otros ejemplos en Dalilah, Dinah y aún en Betsabé, como instigadoras de los hombres. Coincidentemente, no hay mujeres en el sacerdocio católico y menos aun autoridades eclesiásticas de ese sexo (salvo la negada Papisa Giovanni VII, Inés de Maguncia, del siglo IX). De allí también el discurso que a la mujer hay que subordinarla, tutelarla y controlarla. Sin embargo, el pensamiento conservador tampoco es monocorde ni permanente. Otro sector del patriarcado que coincide con el momento histórico del establecimiento de la organización familiar burguesa, pensaba por el contrario que la mujer debía ser recatada, lo cual sería coherente con su rol de madre abnegada, ama de casa hacendosa y transmisora de valores. Pero este otro arquetipo de la mujer-madre también tenía que ser cautelada, tutorada y subordinada por el varón de la familia.

Es decir, que al mismo tiempo la mujer también era vista con desconfianza por su capacidad insaciable [Phillips, 1988: 116] e inclusive multiorgásmica, en el sentido que una mujer puede tener muchos coitos sucesivamente sin aparentar un agotamiento físico, observación prejuiciosa arraigada en la Edad Media, en contraste con el varón, que después de un coito pierde la erección y normalmente no puede tener varios coitos sucesivos. Coincidentemente, en muchas encuestas de planificación familiar en el pensamiento conservador de algunos varones de sectores tradicionales, todavía trasluce el temor que la anticoncepción moderna podría exacerbar la sexualidad de sus mujeres y éstas podrían serles infieles sin que ellos puedan darse cuenta, razón por la cual rechazan los métodos anticonceptivos modernos. Además los cambios en

el estilo de vida de las mujeres a partir de la anticoncepción moderna han reforzado esa suspicacia sobre la alteración de todo el orden social preestablecido.

Por otro lado, es relevante notar cómo una censura muy fuerte de los grupos conservadores está generalmente reservada a las personas que no aceptan que el ejercicio de la sexualidad fuera del matrimonio constituye un pecado. Por ejemplo, en la confesión sólo se le da la absolución si la persona considerada pecadora tiene la firme resolución de enmendar su conducta. Esto es porque un pecador no arrepentido amenaza todo el sistema valórico [Shepard, 2004: 147], porque está cuestionando implícitamente la norma religiosa. Por eso para ellos, los trasgresores pierden la protección y el respeto. Por ejemplo, en la violación sexual, cuando la mujer es mostrada como sensual o provocadora, a ella no se le reconoce el derecho a no ser atacada; esta lógica subyacente lamentablemente sale a la luz en los juicios de violaciones cuando hay testimonio que la mujer ha tenido previas parejas sexuales. Nótese que lo anterior también está cargado de simbolismos y la jerarquía católica ha sido no menos ingeniosa en establecer imágenes polarizadas entre María la madre del Mesías y María de Magdala o la Magdalena, atribuida discípula predilecta a la que se le ha tratado de estigmatizar como la prostituta salvada por Jesús y quien lo acompañaría hasta el final. Lo mismo con Eva como la mujer que tienta a Adán y es culpable de todos los males, como la imagen griega de Pandora [Phillips, 1988: 43].

Desde la Edad Media, el derecho canónico recoge posiciones particulares sobre el sexo básicamente como un mecanismo reproductor e inclusive las posturas empleadas en el sexo conyugal eran consideradas moralmente buenas o malas dependiendo si se perciben como promotoras o no de la concepción. En el hombre, el sexo y la capacidad reproductora están ligados por la emisión de espermatozoides generalmente desde la pubertad hasta la ancianidad. Pero las mujeres sólo son fértiles en un rango de edad más corto desde la adolescencia hasta la menopausia. Más aún en las mujeres el orgasmo es básicamente a través del clítoris, que no cumple un rol directo en la reproducción [Brundage, 2000: 572]. Así que

muchos teólogos y canonistas desde mediados del siglo XII hasta finales del siglo XIX han mostrado un marcado acento sesgado al modelo reproductivo del sexo y no pocos identificaban el sexo con la polución, la impureza, reverenciando la virginidad como un estado elevado de gracia. Y en ambos extremos, las mujeres debían ser subordinadas al hombre y su sexualidad tutelada, confinada a la maternidad, salvo excepciones como el caso de las cortesanas de la élite gobernante.

Aquí también se aprecia que la anticoncepción moderna y los derechos sexuales y reproductivos cuyo ejercicio está ligado precisamente a la disponibilidad de métodos alternativos, particularmente los hormonales, trastocan dicho control. Los nuevos métodos (incluyendo los intrauterinos) en conjunción con la perspectiva de género, inspirada principalmente por las mujeres, representan una liberación del yugo de la maternidad irremediable. Visto así, el rechazo de los conservadores a la anticoncepción moderna no es tanto por el supuesto efecto abortivo –y sus implicancias éticas– sino por todos los cambios sociales que está provocando. Entonces, toda la discusión anterior gira en torno al tema biomédico y legal sobre los mecanismos de acción de los anticonceptivos –ésa es la excusa racional– pero el tema que subyace es el cambio de paradigmas que acarrea. Esa discusión, los conservadores la perdieron en las décadas de 1960-1970 y el reciente lanzamiento de la AOE les ha permitido retrotraerla, actualizarla y condenarla. El debate de la AOE ha sido propicio para atacar la perspectiva de derechos reproductivos y el enfoque de género.

Cabe aquí recordar que en el capítulo del contexto histórico, se menciona que la Resolución N° 399-2001 SA/DM que incorporó la AOE en las normas de Planificación Familiar vigentes fue resultado de una coyuntura especial, durante un gobierno provisional que mantuvo una relativa independencia de los poderes tutelares tradicionales. Es decir, que los sectores conservadores no pudieron hacer nada para evitar la dación de esa norma y ésta salió fuera de su control, enterándose de ella por la gaceta oficial *El Peruano*. Al ingresar el gobierno de Alejandro Toledo el MINSA, como ya se reseñó, quedó a cargo de Luis Solari, un médico conspicuo simpatizante de organizaciones conservadoras católicas como

el Opus Dei y del orden tutelar tradicional, actual decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Allí se puso de manifiesto la estrategia de los conservadores para tomar el poder político y revertir los avances en políticas de salud reproductiva [Ugarteche y Bracamonte, 2011: 205]. En el caso específico de la norma sobre la AOE, la estrategia de los médicos Solari y Carbone fue postergar indefinidamente su aplicación, aduciendo una supuesta ausencia de protocolo y cuestionándola esperando que el Colegio Médico del Perú la declare como abortiva, lo cual no llegó a suceder, según se ha reseñado en los capítulos precedentes. Nótese que ninguno de los dos se atrevió a derogar la norma de la AOE buscando siempre terceros operadores.

6.1.7 Iglesia y sexualidad masculina

Desde que Adán y Eva fueron expulsados del paraíso, las Escrituras dicen que a ella Dios la condenó a parir los hijos con dolor y a él a comer el pan con el sudor de su frente; es decir, que a ella le asignó las tareas domésticas y a él las de proveedor de la familia, abriendo paso al patriarcado [Díaz, 2007: 1]. Al menos así fue escrito en el Génesis por los patriarcas de la tradición judeo-cristiana. Pero para que no queden dudas, más recientemente, en la encíclica *Familiaris Consortio* publicada en 1981, el Papa Juan Pablo II insiste que la tradición social reserva a la mujer la tarea de esposa y madre mientras las funciones públicas están reservadas al varón. Ese es el orden natural para la iglesia. Ésta siempre ha tenido presente que al hombre le correspondía un rol hegemónico, es decir asimétrico respecto a la mujer y, siendo la iglesia católica una institución dirigida por hombres, aquella siempre respaldó las sociedades patriarcales donde, entre otras responsabilidades, al hombre le correspondía el control de la sexualidad de las mujeres a su cargo (esposas, hijas, hermanas, parientes viudas o criadas), bajo el pretexto de la protección a la familia [Raguz, 2003: 28]. Pero, mientras la sexualidad femenina estaba supeditada al hombre, la de éste quedaba a su propia responsabilidad. Así que la iglesia siempre ha mantenido un discurso ambiguo entre el deber ser y la tolerancia pragmática en la sexualidad masculina.

El deseo sexual del hombre siempre ha sido aceptado como un impulso biológico, natural y, por tanto, comprensible que lo satisfaga estableciendo como condición que sea dentro del matrimonio⁸⁴. No obstante en la práctica se toleraba el ejercicio de la prostitución como un mal menor [Brundage, 2000: 506] y la violencia sexual en los pueblos sojuzgados como algo habitual. La iglesia tradicionalmente se hizo de la vista gorda en la esclavitud de los africanos infieles y los indios idólatras, a pesar que conocía de la violencia sexual que reinaba en las colonias y la enorme proporción de hijos habidos fuera del matrimonio, a la que colaboró el propio clero.

Por otro lado, no es menos cierto que la posición de la iglesia respecto a la sexualidad masculina ha ido cambiando de acuerdo al devenir de eventos de trascendencia social. Primero a raíz de la peste en Europa se vio impulsada a incorporar las primeras nociones de salud pública y la necesidad de controlar el ejercicio de la sexualidad. Aunque la Reforma que cuestionó el celibato clerical y el matrimonio como sacramento con la Contrarreforma surgida del Concilio de Trento, la iglesia respondió con una severa normatividad.

Otro asunto trascendente ha sido la discusión de las ideas malthusianas y el subsiguiente nacimiento de la demografía, las políticas de población y los métodos de control de la fertilidad, lo que ha obligado a la iglesia a pronunciarse específicamente en temas que antes daba por implícitos, que rehuía de tratar públicamente o donde el avance científico era aún incipiente, como en el campo de la fertilidad y la anticoncepción. A esto se ha sumado además el reconocimiento paulatino y casi forzado de la diversidad sexual, que acarrea inicialmente el rechazo dogmático de la iglesia y los grupos conservadores afines, pero que se ven obligados a abordar en tanto los estados modernos van incorporándolos en la rectoría política y los medios masivos dan cuenta de casos específicos en su propia grey, que antes eran ocultados y ahora irremediamente trascienden a la luz pública por las redes de la comunicación moderna.

⁸⁴ Aunque en Eclesiastés se acepta que el hombre disfrute de su mujer como justa recompensa por el esfuerzo de su trabajo.

El discurso actual de la iglesia respecto a la sexualidad masculina es que el varón es corresponsable en la misión de transmitir la vida a la siguiente generación y, en el otro extremo, también de las decisiones que converjan en la esterilización, el infanticidio y el aborto, convirtiendo a la mujer y al niño en objetos y al placer como fin de la sexualidad [Pontificio Consejo para la Familia, 1995: 31]. En los últimos años, la iglesia ha incorporado en su discurso la paternidad y maternidad responsables y reiterado la condena al placer egoísta. No por ello, sin embargo, ha estado exenta de escándalos mediáticos protagonizados por sus propios miembros, en situaciones comprometidas con el ejercicio desordenado de su genitalidad, en cuyo caso el discurso viraba a que se trataba de “pecadillos” de ámbito privado y ha tratado de encubrirlos, incluso indemnizando a las víctimas para evitar el escándalo. Lo mismo ocurre de manera cotidiana, cuando varones vinculados al poder político o social quedan en evidencia de una conducta sexual y las autoridades eclesiales tácitamente los disculpan por su debilidad humana y los absuelven de los pecados mundanos. Esto ha sido particularmente grave en los capellanes de las fuerzas armadas o policiales en las zonas de emergencia, donde han dado muestras de complicidad frente a las conductas del personal militar, lo cual es consistente con una tradición machista típica de los institutos armados preponderantemente masculinos. Aunque ha sido negado en todos los tonos por los militares involucrados, el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación lamentablemente recoge testimonios dolorosos de las violaciones sexuales perpetradas por los militares en las zonas de emergencia y el silencio de ciertas autoridades eclesiales.

Casi no existe literatura respecto a la relación cotidiana de los capellanes, pero hay algunos testimonios judiciales y mediáticos registrados en reportes periodísticos mostrando como altas autoridades eclesiales se dirigen a militares con actitudes machistas. Lo mismo ocurre con los empresarios locales, que son sus benefactores (como establece la sabiduría popular: *“cuánto más grande el pecado, más jugosa la limosna”*), desde hace siglos mediante las bulas, donaciones y legados, que han hecho de las iglesias las instituciones más adineradas. Desde esta perspectiva el tema de la anticoncepción hormonal representa para los

grupos conservadores un facilismo que permitiría un ejercicio egoísta de la genitalidad, incumpliendo con la paternidad responsable que ellos propugnan en sus propios términos.

Por el contrario, para los defensores de los métodos modernos, las personas tienen derecho a elegir autónomamente a no sólo procrear, sino a no hacerlo [Dador, 2010: 52], separando la procreación del disfrute de su propia sexualidad. Más aún, los métodos modernos permiten ejercer el derecho para evitar embarazos no deseados y la AOE es particularmente aplicable en el caso de relaciones sexuales no consentidas o violaciones.

6.1.8 La familia

En el discurso conservador la familia juega un importante papel contra el enfoque individual de derechos. A la familia se le atribuye ser la célula básica de la sociedad y este discurso se repite de manera sistemática como un slogan para que sea internalizado por las grandes mayorías. La iglesia católica considera a la familia ser la célula primaria y fundamental de la sociedad presente y futura al garantizar la existencia de la siguiente generación [Gill Hellin, 1999: 6]. Juan Pablo II en la constitución pastoral *Gaudium et Spes*, considera a los padres como colaboradores de Dios en la concepción y generación de un nuevo ser que aumentará y enriquecerá la familia.

Por ello, la planificación familiar es considerada como privatizadora de los contenidos esenciales de la unión conyugal en lo referente a la entrega mutua de la pareja para la transmisión de la vida. Así, los anticonceptivos son medios ilícitos y la píldora en particular, un medio químico que enflaquece la solidez de la institución del matrimonio y la cohesión de las familias [Gill Hellin, 1999: 14]. Los esposos en la misión de transmitir la vida no quedan libres para proceder arbitrariamente. En esa lógica eclesiástica, los derechos individuales son egoístas y deben ser convertidos a una óptica familiar. De allí la reciente prédica de la iglesia y otros grupos conservadores en promover la familia. Por ejemplo desde hace algunos años se advierte en toda Latinoamérica la difusión de programas radiales pregrabados en los Estados Unidos, que están financiados por organizaciones conservadoras privadas enfocados en

promover la familia⁸⁵. Este énfasis en el tema se acentúa a partir de la denominada Carta de los Derechos de la Familia presentada por la Santa Sede en octubre de 1983, respondiendo al encargo del sínodo de obispos católicos de 1980. La carta parte de interesantes consideraciones señalando que los derechos de las personas tienen una dimensión social; la familia está fundada en el matrimonio; ésta es una institución natural, existente antes que el estado, confiada a la misión de transmitir la vida y es una comunidad de amor y solidaridad.

En diversos artículos la carta establece que las personas tienen derecho a elegir libremente su estado de vida, a contraer matrimonio y establecer una familia, con el libre consentimiento de los cónyuges; a decidir el número e intervalo de nacimiento de los hijos; que la vida humana debe ser respetada desde la concepción; que el aborto es una violación del derecho a la vida; todos los niños deben gozar del mismo derecho a la protección social; los padres tienen el derecho inalienable a educar a sus hijos; la familia tiene el derecho a existir y progresar; a vivir su propia religión; a contar con una adecuada política familiar y a ejercer su función social; a un orden social y económico; a una vivienda decente y que a las familias migrantes les corresponde el mismo derecho a la protección y al respeto de su cultura.

Es interesante precisar además que la noción de familia propugnada por la iglesia y grupos conservadores allegados como el Opus Dei, Sodalicio de Vida Cristiana y Avanzada Católica, entre otros, es la constituida por “papá, mamá e hijos”; es decir una pareja monógama, heterosexual con los fines reproductivos de la especie (creced y multiplicaos) y esto tiene varias lecturas. En primer lugar, está el mandato de sexo con fines fundamentalmente reproductivos (no recreativos) y coherente con ello la necesaria unión de un hombre y una mujer (ellos no admiten el matrimonio de personas de un mismo sexo). Cualquier desviación de estos parámetros –incluso en la conformación de núcleos familiares con un solo progenitor y las uniones consensuales– son rechazados como una amenaza al orden establecido. No obstante, la presión de la iglesia en estos parámetros, los legisladores de muchos países europeos –inclusive

⁸⁵ Denominado precisamente *Focus on the Family* o “Enfoque en la Familia”, fundada por James Dobson en 1997.

en la católica España– en los últimos años han ampliado la noción de familia y hasta han permitido las uniones matrimoniales o civiles entre personas de un mismo sexo, situación que se pretende evitar en América Latina.

La familia en el discurso de organizaciones como el Sodalicio de Vida Cristiana es considerada como la primera línea de evangelización de la iglesia [Mujica, 2007: 252]; se le considera como el núcleo de la conservación de la moral y como espacio para la reproducción de los valores correctos, porque la familia difunde la religiosidad, la educación disciplinaria y la vigilancia del cuerpo de sus integrantes. No debe por lo tanto sorprender que los grupos conservadores dediquen tantas actividades a captar y retener a los miembros de las familias adineradas, en alianza con la iglesia. El discurso conservador en este caso, es que el fin supremo de la sociedad y el estado es el respeto de la dignidad de la persona y, siendo la familia considerada la célula primera y vital de la sociedad, que duda les cabría que le corresponde a ésta vigilar que tal fin se garantice [Comisión Episcopal de Familia, 2003: 51]. A la familia se le atribuye también el rol de ser defensora de la moral pública y la ética religiosa conjuntamente con la(s) iglesia(s) [Mujica, 2007: 254]. Así la familia es considerada como una especie de depositaria de los valores, acciones, normas morales y una reserva ante la eventual disputa por el poder establecido.

En opinión de Rossina Guerrero, tampoco sorprende constatar por ejemplo, que mediante un Proyecto de Ley que fuera respaldado por la congresista F. Morales en el 2008 en el parlamento anterior, se propone cambiar el nombre del Ministerio de la Mujer por el de “Ministerio de la Familia”, en el cual se observa claramente como el cambio se justificó con la mencionada condición de célula básica y se le atribuye ser la institución más antigua, cuyo origen se pierde en la prehistoria (sic). Esta noción de familia como célula básica no es originaria de los autores sino que proviene del Concilio Vaticano II.

Coincidentemente luego de la conferencia internacional en El Cairo también el Vaticano ha argumentado que los derechos reproductivos

deberían ser a la pareja –léase a la familia– y no a los individuos. Pocos advierten que esos argumentos buscan invisibilizar los derechos a la persona para reemplazarlos por derechos de la familia. Una interpretación más equitativa de la alegoría usada líneas arriba es que la célula básica de la sociedad sería el individuo y la familia es un tejido social, es decir un conjunto de células; y la institución más antigua en realidad es el hogar, es decir el fuego alrededor del cual un grupo de individuos se reunía para preparar y compartir los alimentos (la familia así sería un constructo social posterior).

Para las organizaciones civiles no confesionales, la familia moderna puede estar configurada por personas no necesariamente heterosexuales ni necesariamente unidas formalmente. Las sociedades democráticas occidentales actualmente consideran diversas formas de unión, incluyendo la unión civil de personas de un mismo sexo con prerrogativas similares a las del matrimonio tradicional. Las leyes progresivamente están contemplando regímenes de protección a las uniones de hecho y, en general, mantienen una óptica más abierta a la diversidad.

6.1.9 Educación sexual escolar y servicios de salud reproductiva

Para los conservadores religiosos, existe una equivalencia entre la acción preventiva del Estado mediante la difusión de información y provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, así como la promoción de la inmoralidad y el pecado. Para ellos el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA constituirían una suerte de castigos por un ejercicio indebido de la sexualidad fuera del matrimonio, trasgrediendo las normas [Shepard, 2004: 144]. En su lógica, los pecadores no deberían tener derecho a la información ni a los servicios.

El discurso de los conservadores, coincidente con la iglesia, es que la información por sí misma constituye un acceso al ejercicio de la sexualidad [Comisión Episcopal de Familia 1997: 13]. En opinión del Pontificio Consejo para la Familia, impartir la educación sexual a los niños y niñas mediante gráficos que muestran en detalle los genitales sería para ellos un abuso. Su temor es que cuanto más sepan los jóvenes más pronto van a tener relaciones sexuales. No obstante que las estadísticas

demuestran que la iniciación sexual temprana es en adolescentes y jóvenes con baja escolaridad y, por el contrario, la iniciación sexual más tardía corresponde a las jóvenes con educación superior [INEI-ENDES, 2007: 67]. Una posible explicación de esto, es que los y las jóvenes con proyectos de vida definidos posponen su iniciación sexual. Pero esto entra en contradicción con el control de los mismos conservadores en la emancipación de la mujer y, por lo tanto, no lo reconocen. Lo concreto es que la iglesia como cabeza representativa del conservadurismo se opuso tenazmente a las guías de educación sexual de fines de la década de 1990, aduciendo que contenía conocimientos y mensajes inapropiados para los adolescentes. La Comisión Episcopal de Familia de la Conferencia Episcopal Peruana planteó diversas y severas observaciones a las áreas temáticas de la familia, del sexo y sexualidad así como lo referente a la paternidad responsable y planificación familiar, para cada grado de educación secundaria, consistentes con los aspectos previamente abordados en el presente capítulo.

A lo largo de todo el país los grupos conservadores se movilaron para boicotear los talleres de capacitación y dispersar o desaparecer las guías, denotando que la iglesia y grupos afines mantienen un gran poder de convocatoria e influencia en el espacio público. Esto no es un hecho aislado, ya que es de dominio público que los sectores conservadores en nuestro país han convocado a los funcionarios públicos para ejercer la *objeción de conciencia* [Ugarteche y Bracamonte, 2011: 201]. Durante diversos talleres realizados por Aprende en colegios del Cono Sur de Lima, entre mayo y julio de 2008, los profesores manifestaron que desde hacía varios años no había guías de educación sexual disponibles. Estas guías sexuales tenían un contenido amplio sobre las opciones de identidad sexual así como de la metodología anticonceptiva, que entraban en conflicto con la idea eclesiástica que los jóvenes solamente deberían recibir información preventiva para el control de su sexualidad y prohibiciones hacia las desviaciones “no naturales”; es decir, sin correspondencia entre el sexo biológico y la identidad de género. Para los conservadores el sólo informarlos de las opciones implicaría un riesgo de orientarlos equivocadamente, dado que la iglesia niega los derechos a la

diversidad sexual (el primado de la iglesia inclusive ha declarado públicamente que los homosexuales no forman parte del “plan de Dios”).

Las organizaciones civiles no confesionales por su parte habían participado en la elaboración de las guías para maestros con una mentalidad abierta a la diversidad de la naturaleza y las relaciones humanas, las prácticas sexuales más frecuentes, los distintos contextos familiares, incluyendo los hogares de un solo progenitor y, en general, con una perspectiva amplia para los diferentes niveles educativos (las guías estaban clasificadas por grados o años de educación escolar).

Esta controversia denota que la actividad sexual misma como búsqueda de un disfrute intenso y la aspiración natural al orgasmo simplemente no es aceptada, lo que genera no pocas tensiones con la iglesia como garante del orden tutelar, institución que pretende además monopolizar el discurso moral sobre la sexualidad en el país desde la conquista española [Nugent, 2003: 117]. La gran importancia del catolicismo radica en su capacidad más política que moral para regular las relaciones entre las mujeres y los hombres, donde el diseño de políticas públicas en materias sexuales genera el espacio de conflicto. La educación sexual por ello es un elemento de vital importancia para los grupos conservadores y ocupa un nicho político especial en la formación del orden establecido, que se manifiesta como un conflicto entre la cultura popular y el orden tutelar [Nugent, 2003: 114].

No deja de ser anecdótico que la demanda inicial de ALA-SC contra la AOE era porque decían que el MINSA no estaba dando la información sobre el método, lo cual no era cierto si vemos la autógrafa de la RM 399, las guías y folletos. Lo que ocurría entonces no es que no dijera los modos de acción sino cómo los decía, porque en opinión de ALA-SC no estaba suficientemente claro que se reconociera que era abortiva, de manera que al decirlo se descalificaba a sí misma. Este no es un inocente trabalenguas, sino una antigua táctica inquisitorial del Santo Oficio: que el propio reo reconozca que es culpable para dejar de flagelarlo y una vez que así lo reconozca se le condena sin más prueba que su propia declaración (a confesión de parte, relevo de pruebas). Y ésa también ha

sido –forzadamente– la táctica del Tribunal Constitucional para condenar la AOE en el sector público.

6.1.10 El biopoder

Distintos científicos sociales liderados por Foucault han desarrollado el concepto de biopoder como la regulación del Estado sobre la vida de los individuos a través del control de su cuerpo, en tanto éste representa el dominio de sí mismo. Es decir, que correspondiéndole al sujeto contemporáneo ser dueño de su cuerpo, él debería tener el poder de decidir sobre su salud sexual y reproductiva y los métodos para regular su fertilidad, mas el estado y los grupos que pretenden ejercer la regulación de los cuerpos, se disputan el control de la sexualidad. De allí que el cuerpo se haya constituido en un campo de batalla ideológico por su control y regulación. Mientras el enfoque de derechos plantea la existencia de opciones, los conservadores anti-derechos niegan la posibilidad de opciones. En el tratado de Educación Sexual y Adolescencia de C. Beltramo, citado por Mujica, establece que ser hombre y mujer son posibilidades normales de la sexualidad; es decir que debe existir una correspondencia entre el sexo biológico y la identidad de género, de lo contrario habría una desviación, una anormalidad no natural [Mujica, 2007: 214].

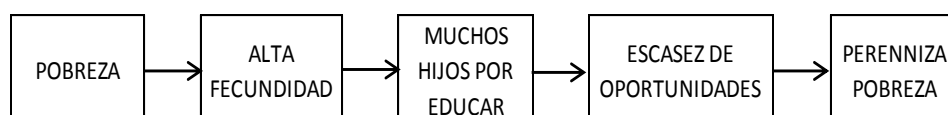
Esta focalización en la regulación del cuerpo constituye una redefinición del antiguo poder patriarcal de los reyes y emperadores de los estados totalitarios de la edad media, actualmente inviable con las constituciones políticas republicanas modernas. Entonces, la regulación se trata de conseguir a través de nuevos símbolos, como la defensa de la vida desde la concepción, que permitan desarrollos discursivos renovados. Nadie podría oponerse a la defensa de la vida si esta constituye uno de los ejes centrales en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, pero a partir de allí hay una sesuda estrategia para enlazar la familia, el matrimonio heterosexual, la defensa de la vida desde la concepción hasta la muerte natural y el rechazo de cualquier método anticonceptivo artificial y al aborto bajo cualquier condición⁸⁶, la manipulación de gametos, la

⁸⁶ Inclusive en aquellos casos de aborto legal (terapéutico), donde la vida o la salud de la madre están en grave riesgo.

fecundidad asistida y la clonación; un paquete que permitiría establecer múltiples regulaciones; es decir un biopoder y para ello pretenden apoderarse de ciertos discursos.

Para operativizar todo lo anterior ciertas organizaciones confesionales como el Opus Dei y el Sodalicio de Vida Cristiana se han interesado en fundar y dirigir colegios, institutos, academias, universidades y centros de capacitación laboral por un lado y, por el otro, en abrirse un espacio en los estamentos del poder civil como los partidos políticos, agencias gubernamentales, en el congreso o en las cortes. De allí que cada vez es más notoria la presencia de grupos conservadores en todos los partidos políticos, como dándose cuenta que la ideología conservadora habría perdido presencia en la medida que habían dejado libres espacios a la sociedad civil laica [Mujica, 2007: 33-40]. Esto tiene otra consecuencia en términos de la justificación de la existencia misma de los grupos religiosos (casi todos) en el alivio de los efectos de la pobreza, lo cual presupone la persistencia de ésta (en los países desarrollados donde la pobreza ha disminuido, también se observa que lo propio ocurre con el fervor religioso) mientras que la alta fecundidad favorece la perennización de ella (lo cual es negado por la iglesia). En el gráfico 16 se ilustra ese círculo vicioso de manera muy simplificada pero no por ello menos elocuente.

Gráfico 16: Círculo vicioso de pobreza



Fuente. Elaboración propia

Analizando el discurso del Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural de la Natalidad (CEPROFARENA), hay una unión entre el discurso médico-político y el de la salud del cuerpo [Mujica, 2007: 127]. Para esa institución la vida humana comienza en el momento de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide, donde el embrión formado adquiere una identidad y estructura individual genética distinta de la de sus padres, pero dicen que hay grupos de presión que pretenden establecer de manera artificiosa el inicio del embarazo cuando el embrión se implante (cinco a ocho días luego de la fecundación). Sobre esa base se inicia el debate en

torno a la AOE para CEPROFARENA, institución que ha creado un programa de adopción del niño por nacer encaminado a generar un nexo simbólico entre el embrión y algún actor social. En opinión de Mujica aunque esa figura parece ser inofensiva, refleja una poderosa herramienta de control del cuerpo y regulación de la vida, una forma de biopoder que utiliza la vida incipiente de un sujeto para demarcar las posibilidades de otro.

Según CEPROFARENA si la píldora de AOE puede detener un embarazo iniciado con la fecundación estaría ocasionando la muerte del individuo concebido. Pero para Mujica el problema central reside en que esa valoración de la vida del óvulo fecundado, al darle la categoría de individuo, limita la posibilidad de elección del cuerpo de la mujer madre. Asimismo analiza que la estrategia de darle categoría de persona al embrión, pretenden también crear un imaginario cultural sobre dicha estructura de vida. Esto le da no sólo un soporte médico-jurídico a su programa, sino también un soporte emotivo, religioso y simbólico. El contenido religioso resulta central; Mujica resalta que los niños imaginarios reciben un nombre con los que son dotados de personalidad. Esto le resulta sumamente interesante pues así como hay campañas de despersonalización del sujeto y de exclusión sistemática (homosexuales, lesbianas o abortadoras, por ejemplo) también hay un sistema de personalización simbólica. Ese programa muestra un rostro simbólico del biopoder.

Otro tema vinculado indirectamente está relacionado con prohibir la manipulación de los gametos (óvulos y espermios) en las técnicas de fertilidad asistida. Es decir, que a través de la discusión sobre los modos de acción de la píldora como la afectación a un concebido, se puede justificar la prohibición de manipular un óvulo fecundado *in-vitro* y bloquear no sólo la reproducción asistida, sino las investigaciones sobre clonación humana para fines terapéuticos, mediante el uso de células madre (*stem cells*), provenientes de embriones. Tales investigaciones están siendo prohibidas en muchos países por recomendación de la OMS, ya que también es posible obtener células madre mediante criogenia de placentas o médulas óseas. En todo caso, no obstante varios grupos religiosos

definen la concepción a partir de la unión de los gametos (fecundación o fertilización), en abierta discrepancia con la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), anteriormente mencionadas.

Como puede apreciarse todo este aparentemente prolífico archipiélago de conceptos y discursos está interconectado como una trama donde cada hilo está vinculado al resto, lo que hace difícil una exposición más segmentada porque un tema tiene varias conexiones y a veces nos remiten de regreso a uno previamente abordado. El conjunto no obstante analiza la pertinencia de la AOE, con los insumos de los capítulos precedentes.

Mientras el discurso de los detractores del método de anticoncepción oral de emergencia (AOE) ha girado estratégicamente de lo ético hacia el supuesto carácter abortivo para apelar a la defensa del concebido –que como hemos analizado no está realmente amenazado por la AOE hormonal, por actuar básicamente como anovulatorio, es decir antes de la fecundación del óvulo– los defensores del método, incluyendo a las organizaciones feministas, han centrado su discurso en el apoyo a las investigaciones científicas que progresivamente han descartado el efecto antianidatorio en el endometrio uterino, recusando el supuesto carácter abortivo.

El público por su parte paulatinamente le ha dado un respaldo tácito, el cual se refleja en el uso creciente del producto en el sector privado. En las escasas encuestas directas con rigor estadístico, el público ha reafirmado además que existe una opinión pública dividida respecto al carácter abortivo del producto, pero la intención de uso en casos de emergencia es superior al porcentaje de quienes no lo consideran abortivo. Es decir que existe un segmento de la población que está dispuesta a usar el producto aún cuando fuera considerado abortivo. Esto indica que ante una necesidad concreta un sector del público está dispuesto a usar la AOE si la necesita, independientemente de su calificación. Esto explicaría

además como la demanda creció cuando el ministro Carbone pretendió estigmatizar a Postinor diciendo que era abortivo pero, sin querer, impulsó la demanda del público que con ello entendió que el producto era altamente eficaz.

Lo anterior representa potencialmente un enorme descrédito para los sectores conservadores que se ven como una negada minoría relativa y por ello persisten en atacar al método, desconociendo las investigaciones científicas, descalificando a los médicos y biólogos que respaldan el método y usando su poder para imponer una prohibición pírrica en la distribución pública, afectando especialmente a los sectores pobres que más lo necesitan, tratando de evitar el uso masivo que redundaría en la constatación intuitiva del público en el carácter “no abortivo” del producto, lo cual a su vez reforzaría el descrédito de la jerarquía eclesiástica (se constataría que la Santa Sede ha mentido no solamente a la feligresía sino a su propio clero), lo cual es gravísimo para la iglesia. Se puede entender entonces que el aludido efecto abortivo no es más que una excusa para empantanar el debate.

En este escenario, la controversia del método equivale a una batalla en la que los conservadores no están dispuestos a admitir una derrota en el debate público. Sin embargo muchos de los elementos analizados no se reflejan en dicho debate, sino que están subsumidos. De allí que la controversia irreducible sea sólo explicable a través de la metodología de las ciencias sociales, para entender lo que subyace en los discursos. Aunque el tema indudablemente tiene implicancias de género y de sexualidad, el trasfondo es básicamente de políticas públicas, donde la ética religiosa está siendo reemplazada por la ética civil laica.

6.2 Discusión de la hipótesis

De acuerdo con los informes y estudios presentados por la OMS y otras organizaciones como el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), FIGO, FLASOG, el Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) y el Colegio Médico del Perú, existe más de veinte (20) investigaciones clínicas publicadas y con rigor

científico, posteriores al año 2000, que han establecido que el mecanismo de acción principal de la anticoncepción hormonal de emergencia es inhibir o retrasar la ovulación. Otro mecanismo complementario es interferir con la migración espermática y con la capacitación de los espermatozoides, por espesamiento del moco cervical. Ambos mecanismos previenen la fecundación o fertilización, es decir que actúan antes de aquella, y consecuentemente evita los eventos posteriores a ésta. Asimismo, estos estudios clínicos han ido descartando el hipotético efecto antianidatorio que figura en la farmacopea norteamericana basado en registros precedentes de inyectables e implantes subdérmicos. Cuando el método falla porque el proceso de ovulación está en una etapa en la que no puede detenerse, el desarrollo del embarazo prosigue. Además, tal como se ha mencionado, la tasa de falla anticonceptiva es del 25% en promedio, bastante mayor que la de las píldoras de uso regular, del 3% en uso práctico.

Los detractores del método por su parte se basan en estudios reinterpretativos y declaraciones de carácter ético que consideran que si el método es post-coital necesariamente afectará a un ser concebido. Para ellos si la píldora es “del día siguiente” para entonces ya “existiría un bebé”. Le atribuyen a la píldora la propiedad de primero bloquear la migración espermática, pero si falla en ese propósito entonces tratará de impedir la ovulación y si este mecanismo falla impedirá la fecundación, pero de no lograrlo afectará al transporte del embrión en la trompa y si tampoco logra detenerlo, entonces impedirá su implantación. Esta argumentación es falaz porque no se basa en investigaciones serias sino en deducciones sobre un modo de acción hipotético y fantástico (como si la píldora contuviera un programa informático inteligente de rastreo), negando la validez de los estudios clínicos por considerarlos incompletos (no pueden descartar en un 100% el efecto antianidatorio), ser parciales o estar realizados en modelos animales (ratas y monas). Mas esta argumentación no sirve para explicar la alta tasa de falla anticonceptiva. Si el método fuese abortivo la eficacia promedio sería cercana al 100%, lo cual es falso.

Por otro lado, los detractores basan además su noción de concepción como sinónimo de la fecundación y no de la implantación como corresponde a la medicina basada en evidencias y al antecedente histórico. La fecundación se conoció a partir del descubrimiento del espermatozoide en 1697 (con la invención del microscopio) y obviamente no puede explicar retroactivamente la noción de concepción que figura en las escrituras bíblicas con más de cuatro siglos de antigüedad, pero existe una corriente de opinión muy fuerte en las congregaciones religiosas para imponer esa nueva definición en la opinión pública. A través de ese argumento se busca bloquear el desarrollo de investigaciones de clonación humana, tal como se desprende de los documentos que ligan indirectamente un tema con el otro (la calificación de abortifaciente a la píldora basado en que la concepción corresponde a la fecundación, conllevaría a la intangibilidad de los gametos humanos en la misma sentencia o normatividad legal como se ha pretendido instaurar durante la gestión de F. Carbone). Además las explicaciones éticas ignoran que aún en ausencia de acciones humanas, existen pérdidas espontáneas de más del 50% de óvulos fecundados que no llegan a implantar por fallas genéticas (menos de la mitad de los óvulos fecundados logran implantar naturalmente⁸⁷). Pero este tipo de argumentación ha empantanado el debate en posiciones irreconciliables donde no se trata de encontrar la verdad, sino fijar una posición político-religiosa en el tema.

Esa secuencia argumental indica que la intransigencia para no agotar el debate es una estrategia para mantener la controversia abierta y retrotraer la condena a la píldora anticonceptiva de uso regular que decayó en la década de 1960 cuando las mujeres católicas europeas y americanas adoptaron masivamente el método a pesar de la condena del Vaticano y la amenaza –incumplida por cierto– de excomulgarlas. A pesar de la condena la Santa Sede tuvo que hacerse de la vista gorda entonces ante el riesgo de una masiva pérdida de feligreses que ello implicaba. Por lo tanto, no es casualidad que el lanzamiento de la AOE haya permitido a la iglesia, como cabeza visible de ciertas tendencias conservadoras, reabrir el debate. El antecedente observado en el Ecuador es una clara evidencia que tras la condena de la AOE inmediatamente buscaron ampliar la

⁸⁷ Esto puede explicar la proliferación de clínicas de fecundidad asistida porque la proporción es aún menor en ciertos segmentos etáreos.

prohibición a las píldoras de uso regular y a otras versiones hormonales (como los inyectables y los implantes). Por lo tanto, cualitativamente queda demostrada la hipótesis del autor de que el debate inagotable no es más que una excusa y existen otras razones que subyacen, es decir que no se manifiestan abiertamente pero que están presentes entre líneas. Pero las implicancias no son sólo de carácter bioético sino que además tienen un trasfondo social.

Por otro lado, la alta jerarquía eclesiástica adelantó opinión en octubre del año 2000 calificando al método de abortivo. Esta declaración pone en riesgo la credibilidad de la Santa Sede no sólo frente al público sino ante la propia organización de la iglesia y por lo tanto debería sostenerse a todo costo. Esto contribuye a explicar por qué el debate no sólo es inagotable sino que pretende bloquear la distribución masiva del método toda vez que la alta tasa de falla anticonceptiva pondría en evidencia que la Santa Sede habría incurrido en un error garrafal. Nótese que en este caso lo que explica la vehemencia para prohibir el método no sería su eficacia sino su falla. Del cálculo de embarazos evitados en el Perú a fines del año 2008, se puede extraer también el número absoluto de embarazos que llegaron a término –los no abortados– a pesar de haber usado el método, que ascienden a más de 90 mil nacimientos; estos son 90 mil testigos que desmienten al Vaticano, son 90 mil familias que constatan que el método no es abortivo y son miles de sacerdotes que en la confesión o en el bautizo de muchos de esos niños se darán cuenta que la Santa Sede les ha mentado o, por lo menos, no les está diciendo toda la verdad.

El análisis de los documentos reseñados muestra que tras el debate subyace además otra controversia con el rol de la mujer en la sociedad moderna y la propia concepción de la organización social. La píldora ha sido uno de los elementos que ha favorecido la liberación de la mujer de una maternidad “naturalmente inevitable” hacia una maternidad planeada, deseada o voluntaria. Esto ha modificado drásticamente el rol de la mujer al abrirla mayores posibilidades para la educación superior, un rol en la fuerza laboral activa y el desarrollo personal. Con ello ha atenuado el pretendido control de la sexualidad de las personas y el de la mujer en

particular, trastocando todo el orden familiar y social preexistente en las sociedades occidentales. Basta una mirada a los centros laborales y los de educación superior para constatar que la proporción de mujeres se ha más que cuadruplicado respecto a mediados del siglo XX.

Por ejemplo, estadísticas recientes de la OIT basadas en encuestas especializadas (por niveles de empleo del Ministerio de Trabajo) indican que en el caso del Perú la tasa de PEA (población económicamente activa) urbana asalariada, se ha incrementado más en mujeres (29%) que en los varones (9%), entre el 2000 y 2009. Algo similar se puede apreciar en rubro de instrucción de la PEA. Según las estadísticas de la CEPAL, reproducidas por la ONU para el monitoreo de las Metas del Milenio, en el rango etáreo de 24 a 59 años, las mujeres están incrementando más rápido los años de instrucción (en casi 14%) que los hombres (en 8%). Es verdad que en ambos casos los hombres parten de una base mayor, pero la tendencia de crecimiento de las mujeres es más rápida y está cerrando paulatinamente las brechas, por lo menos en el ámbito urbano moderno (en el sector rural peruano también se nota una tendencia similar pero las brechas de partida son más amplias).

Los sectores más conservadores de la sociedad rechazan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos en las políticas públicas, la separación entre sexo y reproducción, entre amor y placer, la libertad de la mujer para controlar su cuerpo y, en fin, todas las consecuencias derivadas de la anticoncepción moderna y la aparición de la píldora de AOE les ha brindado la excusa para cuestionar no sólo su distribución sino su pertinencia social. De esta manera se confirman las hipótesis de trabajo de la investigación.

CONCLUSIONES

La anticoncepción oral de emergencia (AOE) se basa en las mismas hormonas que utilizan las píldoras hormonales de uso regular, las cuales son versiones sintéticas de las hormonas que produce el cuerpo de la mujer. El método surgió de las investigaciones para suplir las omisiones de hasta dos píldoras de uso rutinario en 1977, pero se mantuvo en reserva durante más de quince años por la presión de sectores conservadores opuestos a los métodos hormonales.

La incorporación de la AOE en el Perú, como parte de la estrategia para reducir la mortalidad materna, resultó de una coyuntura política particular nacida de un gobierno transitorio –el Gobierno de Transición presidido por Valentín Paniagua en el año 2001– que se caracterizó por su independencia de los sectores tutelares tradicionales. La independencia del régimen, inclusive del propio partido político del presidente, no permitió que la iniciativa del Ejecutivo fuera bloqueada al haber seguido un procedimiento expeditivo mediante una resolución ministerial, la cual tampoco estuvo sujeta al control parlamentario.

La primera iniciativa de distribución con un producto dedicado exclusivamente al método en el Perú, surgió en el sector privado antes que en el sector estatal y diversas organizaciones de la sociedad civil inspiradas en la plena vigencia de los derechos sexuales y reproductivos la hicieron suya, ante el ataque de los sectores conservadores religiosos encabezados por la Iglesia católica.

Se constata que el ataque en el Perú es similar al efectuado en otros países latinoamericanos donde la vía más eficaz ha sido a través de demandas judiciales contra el registro sanitario de un producto o la distribución pública. Adicionalmente se utilizaron diversas maniobras para impedir la distribución estatal y se usó como excusa que los mecanismos de acción no estaban debidamente protocolizados, lo cual se probó posteriormente que era inexacto.

En el debate público en el Perú, la defensa estuvo integrada por representantes de diversas organizaciones civiles, particularmente las defensoras de los derechos de las mujeres, los colegios profesionales y sus sociedades científicas, académicos independientes y determinadas instancias del Estado como la Defensoría del Pueblo. No obstante se encontraron también algunas voces disidentes en el sector público, como por ejemplo en el Ministerio de Justicia y en ciertas dependencias del propio Ministerio de Salud.

Del lado de los opositores al método se encontraron también representantes de organizaciones civiles, como aquellas promotoras de los métodos de regulación basados en el conocimiento de la fertilidad, la Conferencia Episcopal Peruana, las representaciones de otras iglesias cristianas no católicas y de las universidades católicas.

El discurso de los defensores de la AOE abarcó diversos aspectos como los hallazgos científicos y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. El discurso de los detractores del método se centró en el atribuido carácter abortivo de la píldora, por la supuesta existencia de un tercer mecanismo de acción que afectaría la implantación de un óvulo fecundado lo cual sería ilegal y tendría consecuencias éticas.

Está documentado con investigaciones científicas que la píldora anticonceptiva de emergencia no tiene efectos detectables sobre el endometrio (es decir que en todo caso no es suficiente para desimplantar un embrión), por lo tanto no es abortiva y hay testimonios de que tales estudios han sido presentados por las organizaciones médicas en el Perú. El discurso de las organizaciones feministas ha sido mayoritariamente de respaldo a los estudios científicos antes que el uso de argumentos sobre la autonomía de las mujeres.

Para las sociedades médicas científicas no solamente está probado que la anticoncepción de emergencia hormonal no es abortiva, sino que además contribuye a la reducción del número de abortos al evitar embarazos no deseados.

Los detractores por su parte han sostenido que ellos también tienen estudios, sin embargo no han presentado investigación alguna con rigor científico que respalde su opinión y, por el contrario, se han negado sistemáticamente a aceptar las

investigaciones clínicas posteriores al año 2000 que descartan un efecto antianidatorio.

Esa negativa precisamente indica que hay otros elementos que subyacen en el discurso de los detractores y están vinculados al rechazo del enfoque de derechos sexuales y reproductivos en las políticas públicas, a la separación entre sexualidad y reproducción, a la libertad de la mujer sobre el control de su propio cuerpo que tal separación implica y su impacto en el orden establecido, de raigambre patriarcalista.

En la controversia de la AOE subyace también el interés de descalificar a uno de los métodos hormonales más recientes, para vulnerar a toda la gama de métodos modernos y proscribirlos uno detrás del otro, usando a la AOE como precedente (así expresamente ya se intentó en el Ecuador). También se propone la intangibilidad de los gametos –óvulo y espermatozoide– y con ello se intenta modificar la definición de embarazo aludida en el debate de los mecanismos de acción, pretendiendo bloquear el desarrollo de la fertilidad asistida, la investigación genética y la clonación embrionaria.

Las pocas encuestas sobre el tema señalan que una mayoría relativa del público no considera que el método sea abortivo y que está dispuesta a usarla en casos de emergencia; por otro lado, cierto sector minoritario manifiesta que lo usaría aún si tuviera un efecto abortivo.

La persistente campaña contra la distribución pública y masiva de la AOE pretende evitar que la experiencia cotidiana permita que el público constataste que la acusación es falsa, ya que en caso de falla del método el embarazo prosigue. La tasa de falla anticonceptiva de 25% representa miles de casos anuales. La falla del método no sólo testimonia que la iglesia ha mentido impunemente al público, sino a sus propios sacerdotes y pone en duda la infalibilidad papal.

Todo lo anterior apunta a que lo del efecto abortivo no es más que una excusa de los detractores para descalificar un método que para ellos tendría efectos perniciosos en el orden establecido que pretenden preservar, como se ha desarrollado a lo largo de la presente tesis.

RECOMENDACIONES

Dado que la presente investigación analiza la controversia existente respecto al método hormonal de la anticoncepción oral de emergencia y, por consiguiente, existen por lo menos dos partes enfrentadas, una recomendación equilibrada es que el Ministerio de Salud en ejercicio de su rol rector de la salud pública del país, conduzca una investigación de seguimiento de los casos declarados de falla anticonceptiva en el Instituto Peruano Materno Perinatal (la ex Maternidad de Lima).

Tal como se ha mencionado en el capítulo referido al sector privado, actualmente existen cerca de cincuenta (50) registros sanitarios otorgados a anticonceptivos orales de emergencia de levonorgestrel, de los cuales alrededor de la mitad se venden en farmacias, cadenas de boticas e inclusive dispensarios de centros médicos privados, a través de la red de distribución farmacéutica comercial. Aunque esta multiplicidad de marcas y modalidades de venta directa de algunas de ellas a través de cadenas de boticas, como producto recomendado de alta rentabilidad, elude las estadísticas formales del sector farmacéutico, el presidente de Prosalud Interamericana (A. Lambert) estima que la venta total anual a fines del año 2011 bordea las setecientas mil unidades. Esto significa que anualmente deben presentarse unos catorce mil casos de falla anticonceptiva del método que terminan en sendos embarazos, muchos de los cuales serán atendidos en la red encabezada por el Instituto Peruano Materno Perinatal del MINSA. Por lo tanto es posible establecer el número de casos de falla aún cuando el sector público no sea proveedor de la píldora, en cumplimiento de la sentencia del Tribunal Constitucional. El número de embarazos atendidos a término será una evidencia tangible si el método es o no es abortivo con información real de fuente peruana y no de estudios conducidos en otro país.

Finalmente, una segunda recomendación general es que el Estado racionalice el número de registros otorgados a productos de origen tan diverso y en algunos casos redundantes, es decir con marcas diferentes de productos que provienen de un mismo fabricante, lo cual puede representar una falta de transparencia para las usuarias y da lugar a prácticas desleales de competencia en perjuicio del público.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

Armas Asín, Fernando (1998). *Liberales, protestantes y masones. Modernidad y tolerancia religiosa. Perú siglo XIX*. Lima: Fondo editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. P. 23.

Asociación de Bioética (2004). “Comunicado bioético sobre la píldora del día siguiente”. *Expreso*, Lima, 28.12.2004. P. 8.

Asociación Vida & Familia (2006). “Pronunciamiento sobre la Píldora del día siguiente”. *El Pueblo*, Arequipa, 26.10.2006. P. 3.

Ávila, María Betania (2002). “Reflexiones sobre los Derechos Reproductivos”. En *III Seminario Regional Derechos Sexuales, Derechos Deproductivos, Derechos Humanos*. CLADEM, Lima. Pp. 63-79.

Blancarte, Roberto (2008). “El por qué de un estado laico”. En *Memorias del Primer Seminario Internacional: Fomentando el Conocimiento de las Libertades Laicas*. Tomado de *Los retos de la laicidad y secularización en el mundo contemporáneo*. El Colegio de Mexiquense. A. C.: UNMSM. Lima. Pp. 29-45.

Bolufer P., Mónica (1998). *Mujeres e ilustración. La construcción de la feminidad en la ilustración española*. 5. La disciplina higiénica de los cuerpos. Valencia, España: Institució Alfons El Magnanim. Pp. 211-257.

Brundage, James (2000). *La ley, el sexo y la sociedad cristiana en la Europa medieval*. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 571-583.

Casas B., Lidia (2008). *La saga de la anticoncepción de emergencia en Chile: avances y desafíos*. FLACSO. Serie documentos electrónicos. Programa género y equidad. UNFPA. Santiago de Chile. Pp. 1-24.

Cáceres, Carlos; Cueto, Marcos; Palomino, Nancy (2008). *La política de derechos sexuales y reproductivos*. En: *Políticas sobre Sexualidad*. Sexuality Policy Watch. 2da edición. Lima. Pp. 139-183.

Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural de la Natalidad – CEPROFARENA (2002). *Homicidio de infantes por medio de anti-conceptivos*. Traducido por Teresa Químper de Cervantes. Sin referencia editorial. Lima.

Coe, Ana-Britt (2004). *De antinatalista a ultraconservadora: restringiendo la opción reproductiva en el Perú*. En: *Reproductive Health Matters* 12(24). Reino Unido. Pp. 56-69.

Chávez, Susana; Coe, Anna-Britt (2006). *Las migajas bajo el mantel: la política fundamentalista de USAID*. PROMSEX, Lima.

Chomali G., Fernando (2003). *La Píldora del Día después*. CEPROFARENA. Reimpresión. Lima.

Colegio Médico del Perú (2003). “Declaración sobre la AOE”. *El Comercio*, Lima, 9.02.03, p. a18.

Comisión de Alto Nivel RS 007-2003 (2003). *"Informe Científico Médico y Jurídico"*. En Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 78. Primera Edición. Lima.

Comisión Episcopal de Familia (1997). *Observaciones y comentarios a las Guías de Educación Familiar y Sexual para docentes y padres de familia*. Conferencia Episcopal Peruana. Lima.

Comisión Episcopal de Familia (1998). *Mensajes de los Obispos del Perú en defensa de la vida*. Conferencia Episcopal Peruana. Ed. Roel SRL. Lima.

Comisión Episcopal de Familia (2003). *Familiaris Consortio: Exhortación apostólica de SS Juan Pablo II Versión resumida*. Conferencia Episcopal Peruana. Ed. Roel SRL. Lima.

Congreso de la República (1993). *Constitución Política del Perú, Art. 6º*. El Peruano, octubre 7, 1993. Lima.

Croxatto, Horacio; Diaz, Soledad (2006). *Nociones Básicas*. ICMER, Santiago.

Croxatto, Horacio et col. (2001). *"Mechanism of action of hormonal preparation used for emergency contraception: A review of the literature"*. En *Contraception*, enero 2001, p. 112.

Dador, Ma. Jennie; et al. (2010). *Anticoncepción Oral de Emergencia*. En: Perú Políticas en Sexualidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Fondo Editorial; CLAM; IMS. Lima. Pp. 47-52.

De Barbieri, Teresita (1998). *Derechos Sexuales y Reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido*. En Revista Mujer y Salud. RSMLAC P. 57

Defensoría del Pueblo (2003). *Resolución Defensorial N° 040-2003/DP*. El Peruano del 19.Dic.03 pp. 257685- 257693.

Defensoría del Pueblo (2003). *Informe Defensorial N° 78*. Primera Edición. Lima.

Diaz Picasso, Margarita (2007). *Masculinidad y Derechos Sexuales, Una Ecuación Por Completar*. Proyecto Macho. Red Argentina de Masculinidades por la equidad. Pp. 1-4.

Fernández Arce, César (2004). *La Anticoncepción Oral de Emergencia no es sólo un problema de salud pública*. Serie Remar Mar Adentro. P.U.C. Lima. Pp. 37-60.

Ferrando, Delicia (2002). *El Aborto Clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. CMP Flora Tristán y Pathfinder Int. Lima, p. 25.

Ferrando, Delicia (2006). *El Aborto Clandestino en el Perú. Revisión*. CMP Flora Tristán y Pathfinder Int., Lima.

García Trovato, Maíta (2005) *Debate en torno a la Anticoncepción Oral de Emergencia o Píldora del día siguiente*. ACI Prensa, Lima.

Gilman, Alfred Goodman / Rall, Theodore / Weis, Alan / Taylor, Palmer (compiladores) (2009). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Editorial Médica Panamericana. Lima

Gill Hellin, Francisco / Pontificum Pro Familia (1999). *El amor conyugal al servicio de la vida en la Evangelium Vitae*. Pontificio Consejo para la Familia. Conferencia Episcopal. Lima.

Hamel, Ron (2009). *Thinking Ethically about Emergency Contraception*. Catholic Heath Association. St. Louis, USA.

Instituto Interamericano de derechos Humanos-IIDH (2008). *La anticoncepción de emergencia en Chile: el debate legal en América Latina*. IIDH. Editorama S.A. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2007). *ENDES Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. ENDES Continua 2004-2006; Lima.

Instituto Nacional de Salud-INS (2010). *Efectos del levonorgestrel*. En Revista Nacional de Medicina Experimental y Salud pública. Abril-Junio. Lima.

International Consortium for Emergency Contraception (2000). *Expanding global access to emergency contraception*. Nueva York.

International Consortium for Emergency Contraception (2008). *Posicionamiento sobre el mecanismo de acción*. Federación Internacional de ginecología y Obstetricia. Nueva York.

International Consortium for Emergency Contraception (2011). *Mecanismo de acción. ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de levonorgestrel previenen el embarazo?* Federación Internacional de ginecología y Obstetricia. Nueva York.

Kissling, Francis (2007). *El rol de las religiones en la elaboración de políticas públicas. Aportes al debate*. MYSU y CNS; Montevideo. Pp. 17-31.

Klaiber SJ, Jeffrey (1996). *La Iglesia en el Perú*. Fondo editorial de la PUCP. Lima Pp. 68-70.

Kotler, Philip (1998). *Social marketing: Strategies for changing public behavior*. Free Press.

Lacqueur, Thomas (1990). *La construcción del sexo. Cuerpos y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia. España. Cap. V El descubrimiento de los sexos Pp. 257-328.

Lalitkumar, PGL; Lalitkumar, S; Meng, CX; Stravreus-Evers, A; Hambiliki, F; Bentin-Ley, U, Gemzell-Danielsson, K (2007). "Mifepristone but not levonorgestrel, inhibits human blastocyst attachment to a *in vitro* endometrial three-dimensional cell culture model". *Human Reproduction Advance Access*, Sept 21, p 1-7.

Lassonde, Louise. En colaboración con el Laboratorio de Demografía de la U. de Ginebra (1997). *Los Desafíos de la demografía*. Universidad Nacional Autónoma de México. Fondo de Cultura Económica. Pp. 37-38.

Londoño, Maria Lady (2002). "Ética de educación sexual" En *Entre certezas e incertidumbres que no se contraponen*. ISEDER; Lima. Pp. 163-194.

Ministerio de Salud - MINSA (2001). *Resolución Ministerial N° 399-2001*. *El Peruano* 14.Jul.01 p. 27235.

Ministerio de Salud - MINSA (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva, R.M. N° 668-2004/MINSA*. Lima: Módulo VIII pp. 32-34.

Mujica, Jaris (2007). *Economía política del Cuerpo, La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima.

Nugent, Guillermo (2003). "Estado laico y libertad de opinión: del tutelaje al pacto político". En *Estado Laico a la sombra de la iglesia*. CMP Flora Tristán Cuaderno de debate; Lima, pp 99 - 119.

Organización Mundial de la Salud (1999). *Guía para la prestación de servicios de Anticoncepción de Emergencia*. Ginebra, p. 20.

Organización Mundial de la Salud – OMS / WHO, HRP, Special Program of Research (2005). "Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia". Fact Sheet, October. En portal *World Health Organization* <www.who.int/reproductive-health>.

Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes MA, Parraguez VH, Croxatto HB (2004). "*Postcoital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey Cebus paella*". Human Reproduction. Vol. June

Paulo VI (1968). *Carta Encíclica Humanae Vitae*. Comisión Arquidiocesana de la Familia y de la Vida. Ayacucho.

Petchesky, Rosalind (2001). *Derechos y necesidades: Repensando las conexiones de los debates sobre salud reproductiva y sexual*. En *Derechos sexuales y Reproductivos: Aportes y diálogos contemporáneos*. Gruskin S. Ed. Programa de estudios de género. CMP Flora Tristán. Lima. Pp. 27-41.

Phillips, John (1988). *Eva La historia de una idea*. México, Fondo de Cultura Económica.

Piaggio, G.; von Hertzen, H.; Grimes, D. A.; Van Look, P. (1999). "*Task Force on Postovulatory Methods of fertility regulation: Timing of Emergency Contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen*". En *Research Letters, The Lancet*, 27.Feb.99 Vol 353, p. 721.

Pontificia Academia para la Vida (2000). "*Declaración sobre la llamada píldora del día siguiente*". En portal Vaticano <www.Vaticano.va/Curia Romana>. El Vaticano 31.10.00.

Pontificio Consejo para la Familia (1995). *Sexualidad Humana: Verdad y significado*. Comisión Episcopal de Familia. Lima.

Porter Jr., Cedric; Waife, Ronald; Holtrop, Hugh (1983). *Manual de Anticoncepción para Personal de Salud*. The Pathfinder Fund. Edición Internacional. ACEP, Bogotá, Colombia. P. 96.

Raguz, María (2011). *Erotismo, placer y sociedad. Un paseo por la historia: Ayer y hoy. En: Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina*. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano. Lima 2011. Pp. 27-34

Ramírez H., Fiorella (2006). *AOE (Anticoncepción Oral de Emergencia) Una mirada científica*. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. UNFPA. Primera edición. Lima.

Rubio Correa, Marcial; Fernández Arce, César (2004). "*En uso de la AOE*". En *Anticoncepción Oral de Emergencia: Enfoque crítico desde la dignidad humana*; PUCP Dirección Académica de Relaciones con la Iglesia. Lima, pp. 7-31.

Shepard, Bonnie (2004). "*Pecado y derechos humanos: La falta de ciudadanía sexual en la juventud*". En *Ciudadanía sexual en América Latina*. Carlos Cáceres y col. Editores. FRASCA; Lima. Pp. 141-152.

Skuy, Percy (1995). *Tales of Contraception: A Museum of Discovery*. Ortho – McNeil Inc. Ontario, Canada. Pp. 13-24.

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (2003). "*Comunicado*". *El Comercio*, Lima 9.02.03, p. a12.

Tamayo, Gulia (2001). *Bajo la Piel: Derechos sexuales, derechos reproductivos*. CMP Flora Tristán Cuaderno de debate; Lima. Pp. 23-39.

Ugarteche, Oscar y Bracamonte, Jorge (2011). *Nuevos escenarios del fundamentalismo, la intolerancia y los derechos sexuales*. En: *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina*. Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano. Lima. Pp. 197-205.

UNFPA (2000). *Estado de la Población Mundial*, Nueva York, USA.

UNFPA (2004). *Programa de Acción de la CIPD*. Segunda edición, Lima, p. 53.

UNFPA (2005). *Estado de la Población Mundial*, Nueva York, USA.

Unger, Tomás (1986). “*Anticonceptivos: de la camella a la píldora*”. En *Ventana a la ciencia* 2. DIPUSA. Lima. Pp. 114-120.

USP-DI (2006) *United States Pharmacopeia – Drug Information / Farmacopea Americana*. Thomson Micromedex, 26th Edition. P. 2515.

Yuzpe, Albert A (1974). “*Post Coital Contraception – A pilot study*”. *Reproductive Medicine* Aug. 13 (2). Pp 53 – 58, citado en [Ramírez, 2006: 87].

Wagner, Patrick (2003). “*Informe del Comité de Doctrina y Legislación del CMP*”. Lima, agosto. Documento no publicado.

ANEXOS

1. R.M. N° 668-2004/MINSA – GNAISR Cap. VIII págs. 32 y 33.
La nueva Guía comprende la AOE que antes había sido incorporada por la RM N° 399-2001 SA/DM.
2. WHO/HRP Fact Sheet March 2005 y su traducción.
Este documento de la OMS (WHO en la versión original en inglés) recomienda el régimen de emergencia con levonorgestrel 1.5mg.
3. Informe Defensorial N° 78 Cuadro de equivalencias, N° 2 y 3.
El informe detalla el cuadro de equivalencias del método Yuzpe con píldoras combinadas y las de sólo levonorgestrel.
4. R.M. N° 0738-92 SA/DM.
Muestra en el acápite VI (p. 119) la primera inclusión de la anticoncepción de emergencia con píldoras combinadas (oral) y con DIU (no oral).
5. R.M. N° 399-2001 SA/DM.
Versión publicada en El Peruano con la parte resolutive, pero no comprende el protocolo de la versión autógrafa.
6. R. D. N° 13958 DIGEMID/DERN.
Autoriza el registro sanitario de Postinor 2 mediante R. S. N° E-14208.
7. Oficio N° 338-2002 dirigida al CMP.
Oficio que solicita una opinión autorizada al CMP, pero adelanta una opinión.
8. Oficio N° 08-CMP de SPOG 29/04/02.
Respuesta de SPOG respaldando la AOE, que el MINSA negó haber conocido.
9. Carta 047 e Informe del Comité de Doctrina y Legislación del CMP.
Informe sumario de apenas dos páginas sin bibliografía de respaldo.
10. Artículo del autor publicado en El Peruano, el 18/09/02.
Artículo que aborda el tema de las denominadas píldoras del día siguiente
11. Declaración del CMP.
Publicada en la página a18 de El Comercio del 9/02/2003.
12. Comunicado de SPOG.
Publicada en la página a12 de El Comercio del 9/02/2003.
13. RM N° 573-2003 SA/DM.
Manual de Organización y Funciones en que el doctor Carbone incluyó el registro del niño por nacer, inconsistente con los fines de la norma.

14. Carta de experta médica de Gedeon Richter sobre modo de acción.

Declaración del fabricante que precisa el carácter anovulatorio de *Postinor 2*.

15. Traducción oficial TRA 2481-03/0.

Documento protocolizado de la traducción oficial de la declaración del fabricante.

16. Copia de pantalla sobre contenido de USP-DI.

Muestra la página web del capítulo de Progestinas que menciona el efecto endometrial y las referencias bibliográficas, ninguna de las cuales corresponde a la AOE, por ser todas de otros registros anteriores al de *Plan B* registrado en USA..

17. Posicionamiento de ICEC-FIGO de octubre 2008.

Declaración de ICEC y FIGO sobre el carácter anovulatorio de la AOE de levonorgestrel, que contiene 19 referencias científicas al respecto.

18. Mecanismo de Acción, FIGO-ICEC de marzo 2011.

Declaración de ICEC y FIGO sobre el modo de acción de la AOE de levonorgestrel, que contiene 24 referencias científicas recientes al respecto.

19. Carta de FLASOG sobre AOE en Ecuador.

Declaración de FLASOG precisando que la anticoncepción hormonal actúa antes de la fecundación del óvulo.

20. Copia de folleto de divulgación masiva.

Muestra el contenido del folleto emitido por APPRENDE para divulgar el modo de acción de la AOE en el Perú.